DICTIONAIRE
ABRÉGÉ
DES SCIENCES MÉDICALES.

TOME DOUZIEME.



PARIS. — IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE,
RUE DES POITEVINS, N°. 14.

DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES

DE MM. ADELON, ALIBERT, BARBIER, BAYLE, BÉGIN, BÉRARD, BIETT, BOYER, BRESCHET, BRICHETEAU, CADET DE GASSICOURT, CHAMBERET, CHAUMETON, CHAUSSIER, CLOQUET, COSTE, CULLERIER, CUVIER, DE LENS, DELPECH, DELPIT, DEMOURS, DE VILLIERS, DUBOIS, ESQUIROL, FLAMANT, FODÉRÉ, FOURNIER, FRIEDLANDER, GALL, GARDIEN, GUERSENT, GUILLIÉ, HALLÉ, HEBREARD, HEURTELOUP, HUSSON, ITARD, JOURDAN, KERAUDREN, LARREY, LAURENT, LEGALLOIS, LERMINIER, LOISELEUR-DESLONGCHAMPS, LOUYER-WILLERMAY, MARC, MARJOLIN, MARQUIS, MAYGRIER, MONTFALCON, MONTÈGRE, MURAT, NACHET, NACQUART, ORFILA, PARISET, PATISSIER, PELLETAN, PERCY, PETIT, PINEL, PIORRY, RENAULDIN, REYDELLET, RIBES, RICHERAND, ROUX, ROYER-COLLARD, RULLIER, SAVARY, SÉDILLOT, SPURZHEIM, THILLAYE fils, TOLLARD, TOURDES, VAIDY, VILLENEUVE VILLERME, VIREY.

PAR UNE PARTIE

DES COLLABORATEURS.



C. L. F. PANCKOUCKE ÉDITEUR,
rue des Poitevins, n° 14.

1825.

DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES.

ONANISME

ONANISME, s. m., *manustupratio*. L'abstinence prolongée du coït, quand le besoin en est impérieux, tarde peu à déterminer chez l'homme en santé une émission spontanée et voluptueuse du sperme ; le hasard lui ayant montré qu'alors un léger attouchement, un frottement, à peine sensible en d'autres temps, accélère ou décide cette émission et le plaisir qui l'accompagne, il s'est ainsi trouvé amené à se masturber, quand l'occasion de satisfaire ses désirs d'une manière plus conforme au but général de la nature ne s'est point présentée. L'absence du sperme chez la femme n'empêche point que chez elle les choses ne se passent ainsi. De ce premier acte à une habitude dangereuse pour la santé, et que réprouvent la morale et la religion, il n'y avait qu'un pas, conformément à cette loi de la nature, que les habitudes vicieuses sont toujours promptement contractées, parce qu'elles se rapportent toutes à la satisfaction abusive d'un besoin naturel. Les animaux eux-mêmes, au moins quelques-uns, se masturbent, les singes surtout, les chiens et même les chevaux. La malpropreté des parties génitales, en y déterminant de l'irritation, excite à y porter la main ; ce qui ne produisait d'abord qu'un soulagement devient un sentiment plus vif ; et c'est là une autre cause assez fréquente de la masturbation qui a lieu surtout chez les jeunes enfans ; mais la plus fréquente, la plus puissante et la la plus déplorable, c'est la contagion de l'exemple.

Lorsque la masturbation est produite par l'irritation des parties génitales, elle est de peu de durée, et tourne rarement en

habitude invétérée ; on tarde peu à s'en apercevoir, l'enfant ne se cachant point, et on y remédie aisément par des soins de propreté. Quand au contraire elle est produite par le besoin du coït, à l'époque de la puberté, il est rare que les plaisirs d'un amour partagé ne viennent pas mettre promptement fin à cette fâcheuse habitude. Mais il n'en est pas toujours ainsi chez les jeunes filles dont le mariage se fait long-temps attendre, et, en général, chez les jeunes célibataires, principalement ceux qui sont voués au culte, lorsque l'intérêt de leur conservation, les motifs moraux et religieux ne les retiennent pas.

C'est surtout lorsque la masturbation a été enseignée par l'exemple qu'elle devient la plus indestructible des habitudes, parce qu'elle commence ordinairement long-temps avant la puberté, devient encore plus irrésistible à cette époque, et finit par inspirer un éloignement invincible pour les plaisirs naturels.

Il est à remarquer qu'on observe également l'onanisme parmi les solitaires et parmi les hommes rassemblés en grand nombre, mais isolés du reste du monde.

Les bains, la natation, la propreté, l'emploi des moyens propres à faire cesser l'irritation des parties génitales quelquefois causée sympathiquement par la présence des vers dans les intestins ; une surveillance active de tous les instans ; des travaux mécaniques poussés jusqu'à la fatigue ; l'abstinence de toute boisson, de tout aliment excitans ; l'usage des boissons froides ; l'éloignement de tout ce qui peut hâter le développement physique et moral, la sensibilité ; la brièveté du sommeil ; l'éloignement de toute idée relative aux plaisirs génitaux : tels sont les moyens à l'aide desquels on peut préserver de la masturbation, ou en faire perdre l'habitude quand elle est encore récente. Quand elle est invétérée, il est presqu'impossible de la refréner, à moins d'une surveillance très-difficile et très-coûteuse ; encore échoue-t-on souvent malgré la surveillance la plus scrupuleuse, durant laquelle le sujet doit être garanti autant que possible de tout contact de ses parties génitales avec un corps quelconque. Pour cela on a imaginé des appareils plus ou moins ingénieux, qui remplissent à peu près le but qu'on s'est proposé quand l'enfant est très-jeune, mais qui sont inutiles et même nuisibles quand le sujet est d'un certain âge ; car aucun de ces appareils ne peut empêcher les érections et par suite le contact avec la verge, et ce contact suffit souvent pour déterminer ce qu'on veut éviter.

Un petit nombre de sujets échappent aux funestes résultats de l'onanisme, et tous ceux qui contractent cette redoutable habitude en reçoivent une plus ou moins fâcheuse atteinte.

La présence de corps étrangers dans la vessie, l'urètre, ou le vagin ; l'étranglement de la verge par des corps étran-

gers d'une forme circulaire; l'inflammation du testicule; celle du gland, du vagin, du museau de tanche et de la matrice; le priapisme, l'impuissance; la faiblesse du système musculaire, toutes les maladies du cerveau et de la moelle épinière, l'hébétude des sens, les inflammations chroniques des organes de la poitrine et celles des viscères digestifs : tels sont les funestes résultats de l'onanisme, qui est la plus fréquente et la plus puissante des causes de la phthisie pulmonaire dans les grandes villes.

La masturbation, plus encore que le libertinage avec les personnes d'un autre sexe, produit tous ces maux, parce qu'elle est plus souvent répétée que le coït, parce qu'elle est plus violente que celui-ci, et surtout plus rapide. Mais, comme le coït trop fréquent, elle détermine des maladies parce qu'elle détermine une vive et fréquente stimulation de tout le système nerveux, qui finit par occasioner une irritation aiguë ou chronique dans l'organe naturellement le plus irritable du sujet.

Lorsque le sujet adonné à la masturbation est d'un âge où les moyens de contrainte et de surveillance ne peuvent plus être employés, il faut lui faire envisager les maux irréparables auxquels il se dévoue; invoquer la voix de la morale et celle de la religion; l'engager à prendre toutes les distractions susceptibles de donner une autre direction à ses idées. Enfin s'il est temps encore, c'est-à-dire, si le sujet est encore bien portant, si ses organes génitaux ne sont pas tombés dans l'impuissance; si la matrice n'est pas malade; si le sujet n'a point pris en aversion les personnes de l'autre sexe pour s'abandonner au funeste amour de soi-même, il faut lui conseiller le mariage le plus convenable possible, non pas selon le monde, mais selon la nature.

ONDULANT, adj., *ondulans*; épithète donnée au pouls, quand il est grand, et agité d'un mouvement successif, continuel et inégal, semblable à celui des ondulations d'un liquide.

ONGLE, s. m., *unguis*. On appelle ainsi des lames cornées, demi-transparentes et élastiques, qui recouvrent l'extrémité des doigts ou des orteils, du côté vers lequel s'opère l'extension de ces appendices.

Les ongles ont une forme allongée. Ils sont courbés en dessus et excavés en dessous. On y distingue, dans l'homme, trois parties, la racine, le corps et l'extrémité.

Leur racine, qui est la partie la plus reculée en arrière et la plus mince, forme à peu près le sixième de leur étendue. Elle se compose de deux portions; l'une, terminée par un bord mince et dentelé, s'engage dans un repli particulier de la peau; l'autre, située immédiatement au-dessus de l'endroit où l'épiderme se termine, est semi-lunaire et blanchâtre. On

désigne cette dernière sous le nom de *lunule*. Elle n'existe pas toujours; et, quand on la rencontre, sa longueur varie beaucoup.

Le corps s'étend depuis la lunule jusqu'à l'endroit où l'ongle se détache de l'extrémité de la peau du doigt. Le tissu sous-jacent lui communique ordinairement une teinte rougeâtre dans la plus grande partie de son étendue.

L'extrémité, plus épaisse et plus solide que tout le reste, est libre au bout du doigt.

La face externe des ongles, plus ou moins convexe, est libre dans toute son étendue, et marquée de stries longitudinales, qui deviennent plus apparentes avec l'âge. L'interne, concave, adhère d'une manière assez intime au derme, qui présente, en cet endroit, un aspect rougeâtre, une consistance remarquable et une apparence pulpeuse. Le long de cette face règnent plusieurs sillons séparés les uns des autres par de petites cloisons.

Les ongles ne s'étendent ni jusqu'aux os, ni jusqu'aux tendons, comme on l'a cru. Ils n'ont de connexion qu'avec la peau et l'épiderme, lorsque, dit Boyer, l'épiderme se détache du derme, et forme, le long du bord concave que la peau présente en cet endroit, un petit filet courbe, surmonté d'une petite rainure. Ensuite il s'engage, en rétrogradant, entre la peau et l'ongle, puis il se réfléchit sur la racine de ce dernier, et de là se plonge sur sa face externe, qu'il recouvre aussi d'une lame superficielle très-mince et très-lisse. A l'extrémité de l'ongle, et un peu sur les côtés, l'épiderme, au lieu d'offrir la même disposition, se réfléchit sur la face interne, dont il recouvre toute la portion qui est libre à l'extrémité du doigt. Le derme, en quittant l'épiderme, se replie sur lui-même, passe derrière la racine de l'ongle, et forme un repli semi-lunaire, sous lequel cette racine est nichée; après ce repli, le derme se prolonge sous la face inférieure de l'ongle jusqu'à son extrémité, où il se confond avec celui qui a recouvert la pulpe du doigt.

L'extrémité libre des ongles tend, lorsqu'on la laisse croître librement, à se prolonger en pointe, en se recourbant vers la pulpe du doigt. Elle est susceptible d'acquérir une longueur considérable, ainsi qu'on en possède plusieurs exemples, sans parler de celui des Chinois, qui considèrent cette longueur comme un signe de beauté.

Les ongles sont composés de couches superposées, très-apparentes surtout aux gros orteils. Une seule occupe toute leur surface convexe, et, en arrière, existe seule, ce qui explique leur extrême ténuité en cet endroit. Mais, à mesure qu'on se porte en avant, on voit d'autres lames s'ajouter successivement à la face concave, de sorte que l'ongle va en s'épaissis-

sant peu à peu vers son extrémité. Ces lames sont continues avec l'épiderme, se régénèrent de la même manière, et paraissent être identiques avec lui. Elles ne reçoivent ni nerfs, ni vaisseaux sanguins. Ce sont des parties véritablement mortes, qui protégent l'extrémité des doigts, en affermissent la pulpe, et l'appliquent plus exactement sur les corps qu'on palpe.

Les ongles commencent à paraître vers le troisième mois de la vie fœtale. Ils sont alors minces, flexibles et comme membraneux. A mesure que le fœtus grandit, ils s'épaississent et deviennent plus consistans. Ils ne sont pas encore parfaitement formés à l'époque de la naissance. Dans la vieillesse, ils deviennent épais, denses, et en quelque sorte semblables à de la corne.

Les *contusions* de la face dorsale des extrémités des doigts se propagent à travers l'épaisseur des ongles au tissu que ces organes recouvrent et affermissent, de manière à y déterminer des ecchymoses et des épanchemens sanguins, plus ou moins étendus et considérables. L'ongle, ordinairement ébranlé jusque dans ses racines, et détaché de la plupart de ses adhérences, vacille bientôt, et tombe à la suite de l'inflammation qui survient, et un ongle nouveau le remplace. Dans ces occasions, il faut se borner à combattre l'irritation locale lorsqu'elle devient trop violente, à favoriser l'absorption du sang infiltré ou épanché, et abandonner à la nature le double travail de l'élimination de l'ongle frappé de mort et de la régénération de celui qui doit lui succéder. Lorsque, dans les plaies et les écrasemens des doigts, les ongles sont déchirés et imparfaitement arrachés, on doit se borner à retrancher avec des ciseaux bien évidés leurs portions isolées, et respecter toutes les autres jusqu'à ce qu'elles tombent spontanément. En arrachant ce qui adhère encore de ces organes, on occasionerait de vives douleurs, et l'on augmenterait inutilement la violence de l'inflammation qui doit survenir.

Les *piqûres* dirigées sous les ongles, les corps étrangers qui s'entassent quelquefois entre ces organes et les parties sous-jacentes, méritent de fixer l'attention des praticiens. Ces lésions, en apparence légères, sont cependant suivies, chez beaucoup de sujets, d'inflammations intenses, de douleurs continuelles, d'agitation et même de la formation d'abcès assez étendus. Ces accidens résistent fréquemment aux applications émollientes, aux bains locaux, aux applications de sangsues et aux autres médications du même genre, parce que l'ongle pressant les parties irritées, et s'opposant à leur libre tuméfaction, les étrangle et accroît la violence de leur phlegmasie. Le premier remède à employer alors consiste à amincir cet organe avec la lame d'un bistouri, jusqu'à ce qu'il soit réduit à une lame fine et dépourvue de résistance; ensuite, une échancrure, faite au-

dessus de l'endroit spécialement irrité, permet de retirer aisément les corps étrangers, de donner issue au pus, ou de faire cesser la compression qui exaspère les accidens. Nous avons souvent pratiqué avec succès ces légères opérations qui n'occasionent presque aucune douleur aux malades, et suffisent pour faire cesser subitement tous les symptômes de la maladie. Elles sont de beaucoup préférables à la simple incision verticale de l'ongle qui, lui laissant toute son épaisseur, ne l'empêche pas de comprimer les tissus qu'il recouvre.

Une des affections les plus insupportables et les plus rebelles dont les doigts et les orteils puissent être le siége, est celle qui fut désignée par Plenck sous le nom de resserrement de l'ongle, et que l'on appelle généralement, d'après Desault, ongle entré dans les chairs, ou ongle incarné, suivant l'expression de Monteggia. Cette maladie semble déterminée, d'une part, par des chaussures trop étroites qui compriment les orteils de haut en bas, en même temps que les serrant, d'un côté à l'autre, elles obligent les parties molles latérales de remonter vers les bords tranchans des ongles, et de se couper, pour ainsi dire, sur eux. Brachet pense que les ongles entrent dans les chairs, parce que, durant la marche, celles-ci sont refoulées en haut contre ces organes qui les irritent, et finissent par les entamer. Toutes ces causes agissent à la fois chez la plupart des sujets; souvent la maladie dépend aussi de la manière vicieuse de couper les ongles, ou, comme je l'ai observé plusieurs fois, de la trop grande convexité et de l'épaisseur trop considérable de ces organes, qui, au lieu de céder et de s'aplatir sous les pressions exercées sur eux, résistent avec force, et enfoncent leurs bords dans les tissus voisins.

Le gros orteil, et spécialement son côté externe, est presque toujours le siége de la lésion qui nous occupe. L'ongle de cet organe, accru d'une manière vicieuse, et s'engageant dans la rainure qui reçoit son bord latéral, irrite les parties qui la forment, les ulcère, et y occasione le développement de chairs mollasses, fongueuses, très-sensibles, d'où s'écoule une suppuration abondante et sanieuse. Des douleurs lancinantes, toujours exaspérées par la marche, et qui deviennent aisément assez vives pour condamner le sujet à un repos absolu, accompagnent cette maladie, dont les accidens augmentent incessamment de violence par l'accroissement toujours plus considérable de l'ongle qui les occasionent. L'ulcère qu'il entretient passe quelquefois à l'état cancéreux; chez d'autres sujets, l'irritation provoque le developpement de végétations énormes, ou, se propageant au périoste, détermine la nécrose de la phalange, sa chute et la mutilation de l'organe affecté.

Le traitement de cette maladie exige toujours une opération plus ou moins douloureuse, pour laquelle on a proposé

au grand nombre de procédés. Parmi les anciens, Albucasis et Paul d'Egine voulaient que l'on relevât le bord enfoncé de l'ongle, puis, que l'on rescisât les chairs fongueuses, et que l'on en détruisît les restes par le caustique. Fabrice d'Aquapendente crut mieux réussir en introduisant, sous le rebord soulevé et dégagé de l'ongle, des bourdonnets de charpie, destinés, d'une part, à l'éloigner des chairs; de l'autre, à comprimer, à aplatir celles-ci et à les faire disparaître.

Desault adopta ce procédé, et le modifia en la manière suivante: ce praticien introduisait, sous l'ongle entré dans les chairs, une lame de fer-blanc plus ou moins large, suivant l'étendue du bord incarné de l'organe, et qui, recourbée sur le côté de l'orteil, maintenait la cause irritante écartée, en même temps qu'elle comprimait les chairs fongueuses. Les pansemens étaient renouvelés chaque trois jours; de vives douleurs les accompagnaient d'abord, mais elles s'apaisaient graduellement, et les parties reprenaient enfin leur disposition normale.

Ce traitement avait toutefois des inconvéniens graves: il exigeait que le sujet gardât un repos prolongé pendant plusieurs mois, et souvent il était suivi de la récidive du mal; aussi la plupart des praticiens l'ont-ils abandonné. La plaque de plomb, substituée par Richerand à celle de fer-blanc, est trop flexible pour remplir le même usage, et toutes deux sont fort difficiles à maintenir dans la situation qu'elles doivent conserver. Dupuytren préfère, depuis long-temps, à la compression des tissus irrités, l'arrachement de l'ongle qui les ulcère. Pour exécuter cette opération, il prend des ciseaux droits, solides et bien affilés, dont une des lames est aiguë, et doit être rapidement enfoncée du bord libre vers la base de l'organe, afin de pouvoir le diviser d'un seul coup en deux moitiés égales. Celle qui correspond à la maladie est alors saisie, avec de fortes pinces à disséquer, près la fente qui vient d'être faite et renversée en dehors, en la tournant sur elle-même, de manière à détruire successivement ses adhérences, et à l'arracher enfin. L'autre moitié est emportée ensuite de la même manière. Ayant observé que l'ongle, en se reproduisant, détermine assez fréquemment la récidive de la maladie, Dupuytren a pris le parti d'emporter avec l'instrument tranchant, ou de détruire, au moyen du cautère actuel, la portion des tégumens d'où naît cet organe, et d'assurer ainsi la solidité de la guérison.

Ce procédé a un effet presque infaillible; mais il est d'une exécution si douloureuse que les malades répugnent excessivement à s'y soumettre. Il convient donc ordinairement, avant de l'exécuter, de recourir à des moyens plus doux. Guilmot, par exemple, attribuant à la pression que la chaussure exerce de dedans en dehors sur l'ongle du gros orteil, l'enfoncement du bord externe de cet ongle dans les chairs, conseilla de couper

le côté de l'organe ainsi comprimé, afin de le soustraire à l'action qui le renverse en dehors. Pour cela, l'ongle doit être coupé, suivant une ligne étendue, du milieu de son bord interne à la partie moyenne de son bord libre, et maintenu très-court de ce côté. Alors, dit M. Guilmot, on voit graduellement l'ongle se porter en dedans, se dégager des chairs qu'il irrite, et la guérison s'opérer. Ce praticien s'est guéri de cette manière après quinze années de souffrances, et a obtenu beaucoup d'autres succès.

Cependant ce procédé est peu efficace : nous l'avons plusieurs fois employé sans en obtenir de résultats satisfaisans. Il soulage les malades plutôt qu'il ne les guérit. D'ailleurs, le bord interne de l'ongle du gros orteil entre presque aussi fréquemment dans les chairs que le bord opposé, ce qui détruit les explications théoriques de Guilmot. Brachet pensa que l'on serait plus heureux en emportant toutes les chairs qui excèdent le niveau du bord de l'ongle, et en consolidant ensuite la plaie, qui se recouvre d'une cicatrice épaisse et solide. Ce praticien enfonce la pointe d'un bistouri entre l'ongle et le bourrelet fongueux qui le recouvre, fait sortir l'instrument près de la face plantaire de l'organe; et, avec le tranchant qui est dirigé vers le métatarse, il détache un lambeau dont il achève, d'un second coup, d'opérer en avant la séparation. La plaie, qui saigne peu, est ensuite pansée simplement. Sommé, chirurgien à Anvers, après avoir emporté la partie de l'ongle enfoncé dans les chairs, remplit la cavité de l'ulcération qui le recevait, d'alun calciné, qu'il destine à tarir l'humidité qui l'abreuve, et à empêcher la croissance ultérieure de l'ongle. On retire chaque jour la croûte formée par l'alun, dont on renouvelle l'application jusqu'à ce que les parties soient solidement cicatrisées. Ce procédé ne nous semble pas susceptible de réussir dans les cas où la maladie est grave. Blaquière semble s'être plus approché du but : il commence par amincir la moitié ou le tiers de l'ongle du côté malade, puis il l'incise de la base vers son bord libre, et arrache toute la partie enfoncée dans les chairs et même au delà ; il panse ensuite la plaie avec des bourdonnets imbibés de teinture de myrrhe et d'aloès jusqu'à ce qu'elle se recouvre d'une cicatrice ferme, épaisse et presque insensible, sur laquelle on dirige la marche de l'ongle nouveau, en glissant sous son bord des bourdonnets qui l'éloignent des chairs, et l'empêchent de s'enfoncer dans leur substance. Plusieurs guérisons radicales ont été opérées par ce procédé, qui est toutefois d'une exécution douloureuse, et ne semble pas devoir constamment mettre à l'abri de la récidive, bien qu'il soit un des plus simples et des plus sûrs de ceux que nous connaissons.

Nous avons eu un grand nombre d'occasions d'observer la maladie qui nous occupe, et nous lui avons toujours op-

posé le traitement qui suit : l'ongle est d'abord aminci, du côté malade, avec le bistouri, porté, en dédolant, à sa surface. Lorsqu'il est réduit à une lame très-fine, rougeâtre et peu résistante, il est facile de relever sa portion enfoncée dans les chairs, et de l'emporter avec des ciseaux. Nous continuons ensuite d'emporter les lames superficielles de l'ongle dans la moitié de son étendue qui correspond à l'ulcère, afin de détruire toute sa consistance. Si le bourrelet fongueux est considérable, il doit être excisé avec le bistouri; dans le cas contraire, on se borne à promener profondément un cylindre de nitrate d'argent au fond de l'ulcération, et à y produire une escarre épaisse, sous laquelle la cicatrice se forme assez souvent. Une seconde ou une troisième application du caustique peuvent être cependant nécessaires pour obtenir ce résultat. Le traitement dure quinze jours au plus; dès le troisième le malade peut marcher de nouveau, sans douleur; la rescision de l'ongle ne l'a pas fait un instant souffrir; pas une goutte de sang ne s'est écoulée pendant qu'on la pratiquait. L'application seule du caustique est accompagnée de cuissons assez vives. La guérison est donc des plus faciles à obtenir; mais, pour la rendre radicale, il faut que le malade ait un soin constant de son ongle; qu'il en coupe, chaque huit ou dix jours, le bord libre devenu trop saillant, et qu'en même temps il ait le soin de l'amincir, surtout à sa partie moyenne et du côté où existait la maladie. Un canif bien évidé ou un petit scalpel servent à exécuter cette légère opération, qui consiste à emporter de la base, vers la portion libre de l'ongle, des lames très-fines de sa substance; on s'arrête lorsque l'organe laisse entrevoir la rougeur du tissu qu'il recouvre, et devient flexible sous le doigt. Ces attentions sont de rigueur; on fera bien d'y joindre l'usage de chaussures allongées, et assez larges du haut pour ne pas trop presser les orteils d'un côté à l'autre. Nous avons guéri de cette manière un grand nombre de sujets de tous les âges, de toutes les conditions; et, toutes les fois qu'ils se sont conformés aux conseils indiqués, leur mal n'a plus reparu.

ONGUENT, s. m., *unguentum*. Les pharmaciens donnent ce nom à des médicamens magistraux ou officinaux, dont la consistance tient le milieu entre celle des huiles et celle des emplâtres, qui ont en général pour excipient des corps gras ou huileux, et qui sont destinés à être appliqués sur la peau, où la température naturelle du corps suffit pour les ramollir et les étendre.

La cire et les résines que la plupart des onguens contiennent les rendent peu propres aux frictions. Aussi se contente-t-on généralement de les appliquer à la surface du corps. Ils diffèrent des emplâtres, en ce qu'ils ne renferment pas de

substances métalliques, et de la plupart des pommades, en ce qu'on ne cherche pas à leur donner une odeur agréable. Cependant on trouve indiquées dans les livres beaucoup de préparations pharmaceutiques, qui y portent le titre d'onguens, et qui ne présentent pas ces deux caractères distinctifs. La classe des onguens se compose donc d'une multitude d'objets disparates, parmi lesquels il est impossible d'établir quelqu'apparence d'ordre, sans réformer en grande partie la nomenclature consacrée par un long usage. Mais cette réforme, commandée par la logique, ne serait plus d'une grande utilité aujourd'hui, les chirurgiens ayant presqu'entièrement renoncé aux onguens, dont on faisait autrefois un si déplorable abus dans le traitement des plaies et surtout des ulcères.

Nous ne donnerons donc pas ici la longue énumération de tous les onguens décrits dans les traités de pharmacie. Plusieurs ne sont pas moins compliqués que certains électuaires, et la plupart portent le cachet de la crédulité des anciens, qui s'imaginaient multiplier les vertus d'un médicament en accumulant une foule de drogues dans une même formule. Non-seulement la plupart des vertus attribuées aux drogues simples ainsi mélangées étaient chimériques, mais encore le jeu des affinités altère leurs qualités au moment de leur mélange, et le temps leur fait encore subir ensuite de nombreuses modifications, de sorte que les propriétés du tout peuvent finir par n'avoir pas le moindre rapport avec celles de ses parties constituantes.

Le nombre des onguens employés aujourd'hui est très-restreint. Le but qu'on se propose, lorsqu'on a recours à ce mode de préparation pharmaceutique, c'est de faciliter l'application d'une substance médicamenteuse, au moyen d'un corps gras qui en lie et retient les molécules. Ainsi on se sert assez souvent d'oxides métalliques ou de diverses poudres délayées dans des corps gras, qui les rendent plus aptes à s'étendre sur la surface de la peau ou des plaies. Sous ce rapport, quelques onguens doivent être conservés, tels par exemple que l'onguent mercuriel, l'onguent soufré et plusieurs autres encore. Mais il faut proscrire ces monstrueuses préparations onguentacées, dont l'ignorance, l'empirisme et la superstition ont multiplié le nombre à un point surprenant, dans les siècles de barbarie.

OPACITÉ, s. f., *opacitas;* défaut de transparence; qualité de certains corps qui ne se laissent pas traverser par les rayons lumineux.

L'opacité peut dépendre de la disposition des molécules des corps. Ainsi la plupart des substances minérales formées de fibres longitudinales ou contournées sont opaques. Elle tient quelquefois à ce que les corps sont composés de particules hé-

térogènes qui, à raison de leurs densités différentes, font subir à la lumière des réfractions et des réflexions dans toutes sortes de sens. Ainsi le mélange d'huile et d'eau qu'on agite ensemble est opaque, ou tout au plus légèrement translucide; de même le verre pilé devient opaque à cause de l'air qui s'interpose entre ses molécules. L'opacité résulte souvent de l'épaisseur du corps interposé entre l'œil et les rayons lumineux, ce qui est surtout manifeste pour les liquides colorés. Enfin elle peut dépendre de ce que toute la lumière qui tombe sur un corps est réfléchie à sa surface, ou absorbée par lui.

OPAQUE, adj., *opacus;* qui n'est pas transparent, qui a perdu sa transparence.

OPERATION, s. f., *operatio;* action mécanique exercée par le chirurgien sur le corps de l'homme, afin d'en conserver la santé ou d'en guérir les maladies. L'art d'opérer est incontestablement la partie de la médecine la plus brillante, la plus assurée dans les procédés, et peut-être la plus voisine de la perfection. Depuis long-temps soumises à des règles sévères, les opérations sont calculées d'après des principes exacts, déduits de l'anatomie, de la mécanique, et de l'étude approfondie des fonctions des organes. On peut dire, avec raison, que presque tout ce qui s'y rapporte est établi sur des démonstrations certaines, qui n'admettent ni doute, ni hésitation. Celui qui s'adonne spécialement à la pratique des opérations chirurgicales doit unir à toute l'instruction nécessaire au médecin, cette connaissance détaillée et parfaite de la structure de nos parties, cette dextérité manuelle, et cet imperturbable sang-froid qui constituent le véritable CHIRURGIEN.

Les actions opératoires ont été soumises, comme presque tout ce qui appartient à la médecine, à de nombreuses classifications. Les anciens les avaient divisées en quatre catégories, qui, sous les noms de SYNTHÈSE, de DIÉRÈSE, d'EXCRÈSE et de PROTHÈSE, comprenaient la réunion des parties divisées, la division des parties réunies, l'extraction des corps étrangers et l'addition des moyens à l'aide desquels on répare ou l'on rend moins pénible la perte de nos organes. Bien que long-temps admise dans les écoles, cette classification était, sous beaucoup de rapports, imparfaite. Plusieurs procédés opératoires, tels que la réduction des hernies, celle des luxations, l'abaissement de la cataracte, ne pouvaient, sans faire usage d'une analogie forcée, y trouver place. D'autres opérations, comme celles de la cystotomie, de la ligature des artères, les amputations elles-mêmes, qui sont composées d'actions de plusieurs genres, étaient susceptibles d'être arbitrairement rangées dans l'une ou dans l'autre des classes établies plus haut. Enfin, la prothèse ne constitue jamais une opération proprement dite, mais bien une action par laquelle on

remédie aux mutilations que les opérations ou les maladies ont entraînées. Ces motifs, et un grand nombre d'autres qu'il serait inutile et fastidieux de reproduire ici, ont fait depuis long-temps abandonner la classification des anciens, et réunir, d'après d'autres bases, les procédés opératoires qui forment le domaine de la chirurgie.

Plusieurs personnes ont distingué les opérations chirurgicales d'après les parties sur lesquelles on les pratique, ou suivant les maladies qui réclament leur exécution. Dans le premier cas, on étudiait successivement les procédés opératoires dont on fait usage sur la tête, le cou, la poitrine, l'abdomen et les membres; dans le second, les opérations exigées par les plaies, les tumeurs, les déplacemens, etc., étaient successivement présentées à l'esprit du chirurgien. Ces méthodes exposaient à des répétitions nombreuses; en les suivant, il fallait fréquemment revenir sur des procédés déjà décrits, parce qu'ils sont, ou praticables sur plusieurs régions du corps, ou indiqués par diverses maladies. Prenant pour base la manière d'agir qui constitue chaque opération, Roux a suivi la classification des anciens, dans laquelle il a seulement remplacé la prothèse par la dilatation. On s'étonne de ne pas voir figurer dans ce cadre la compression, qui constitue un des modes opératoires les plus importans et les plus fréquemment employés en chirurgie. Enfin, choisissant pour point de départ le but que l'on se propose d'atteindre en pratiquant les opérations, Richerand les a divisées suivant qu'elles ont pour objet de modifier les propriétés vitales, de remédier à des dérangemens mécaniques ou de retrancher les parties désorganisées, et dont la conservation serait ou impossible ou dangereuse. Cette classification est en rapport avec celle qui consiste à distinguer les maladies en lésions vitales, lésions mécaniques et lésions organiques. L'une n'est pas plus exacte et plus chirurgicale que l'autre.

Mais en voilà sans doute assez pour faire comprendre d'après quelles bases on s'est efforcé, jusqu'à présent, de distribuer méthodiquement les opérations de la chirurgie. Toutes ces classifications présentent le grave inconvénient de placer souvent les uns près des autres des procédés qui n'ont entre eux presqu'aucune analogie, qui ne sont pas soumis à des règles communes, et dont le rapprochement semble toujours arbitraire. Quelle affinité, par exemple, peut-on trouver, sous le rapport opératoire, entre l'abaissement de la cataracte et l'extraction des corps étrangers arrêtés dans les narines; entre l'ouverture de la grenouillette et la ponction du thorax; entre la section du filet de la langue et la destruction des cicatrices cutanées difformes; entre la résection des articulations anormales et la ligature des artères? Les procédés opératoires sont

si variés, si nombreux, et doivent être tellement modifiés suivant les circonstances individuelles, que l'on ne pourra jamais, avec avantage, les isoler, soit des maladies qui rendent leur pratique nécessaire, soit des organes sur lesquels on les exécute, et en faire l'objet de classifications fondées sur leurs seules affinités. Il n'en serait pas de même si l'on traitait d'abord des procédés en quelque sorte élémentaires, dont la réunion constitue les opérations complexes, et qui peuvent être pratiqués sur tous les tissus, sur toutes les parties du corps. De cette manière, la COMPRESSION, la CAUTÉRISATION, l'INCISION, la LIGATURE, la PONCTION, etc., seraient isolément examinées et soumises à des règles générales, telles que leur application aux cas particuliers paraîtrait ensuite aussi simple que facile. Après que ces bases seraient établies, on décrirait spécialement chaque opération suivant l'ordre des appareils et des organes sur lesquels on les pratique, et d'après le but que l'on se propose d'atteindre en les exécutant. De cette manière, l'art d'opérer serait mis incessamment en rapport avec l'anatomie, la physiologie et la pathologie. En enseignant ainsi les opérations, on formerait, non des manœuvres habiles à trancher sur les cadavres, mais des chirurgiens habitués à distinguer les cas où il est indispensable d'opérer, de ceux où l'on peut se dispenser de recourir à ce moyen, et à varier leurs procédés suivant les dispositions spéciales que les maladies communiquent aux parties affectées. Ce plan, le seul qui soit vraiment méthodique et chirurgical, est celui que nous avons constamment suivi dans cet ouvrage, et dont il convenait de démontrer la supériorité.

Parmi les opérations chirurgicales, toutes ne sont pas également soumises à des règles fixes et généralement déterminées. Les unes, c'est-à-dire, celles que l'on pratique sur des tissus sains, ou dont la lésion ne varie presque jamais, sont seules susceptibles d'être exactement décrites et calculées dans toutes leurs parties : telles sont les opérations de la cystotomie, du trépan, de la cataracte, les amputations des membres, etc. Les autres étant toujours exécutées sur des organes altérés, dont les dispositions peuvent varier à l'infini, semblent se refuser à toutes les règles, et se jouer de tous les préceptes. Ainsi, les opérations relatives aux hernies étranglées, les extirpations des tumeurs cancéreuses et autres, ne sont presque jamais semblables à elles-mêmes, et exigent que le chirurgien trouve incessamment dans son esprit des ressources contre une foule de modifications morbides qui ne se présentent que pendant l'action des instrumens. Les premières de ces opérations n'exigent que de l'habitude, et l'attention de se conformer exactement aux règles établies; les secondes réclament toute

l'habileté chirurgicale, tout le talent qu'une expérience consommée permet d'acquérir. Il est enfin des opérations insolites que le génie seul peut créer, et qu'il oppose à des maladies jusque-là considérées comme incurables : celles-ci sortent de toutes les limites établies, et constituent les richesses qui augmentent à diverses époques le domaine de l'art, en ajoutant à sa puissance. Il est impossible de tracer les bornes du possible en ce genre; c'est aux hommes supérieurs qui conçoivent le projet de ces opérations, à peser les avantages qu'elles présentent et les dangers qui les accompagnent. Lorsque leurs essais réussissent, ils obtiennent d'éclatans triomphes; dans le cas opposé, on les accuse de témérité, de barbarie, et ils sont en butte à d'odieuses récriminations. Mais si l'espoir d'être loué ne doit pas les séduire, la crainte des reproches ne doit point non plus les arrêter; et, qu'ils obtiennent des succès ou des revers, le témoignage de leur conscience, le sentiment du bien qu'ils ont voulu opérer, seront, dans tous les cas, leur récompense.

Le chirurgien ne doit jamais oublier que les opérations dans lesquelles il divise, arrache, ou détruit les tissus vivans, sont toujours accompagnées de vives douleurs, quelquefois d'hémorragies abondantes, et, dans le plus grand nombre de cas, suivies d'inflammations intenses qui peuvent compromettre les jours du sujet. Il se gardera donc bien d'y recourir avant d'avoir épuisé toutes les ressources que fournissent et les préceptes de l'hygiène, et l'action des médicamens internes, et l'influence directe des pansemens et des topiques appropriés. Et quand, enfin, il se décide à opérer, il doit se rappeler qu'il agit sur des organes sensibles, irritables, et qu'il faut tout faire, tout disposer pour que les opérations soient exécutées promptement, sûrement, avec le moins de douleur possible, et de manière à ce qu'elles ne soient accompagnées ou suivies d'aucun accident grave. C'est par toutes ces attentions, qui préparent et assurent le succès des opérations les plus délicates et les plus importantes, non moins que par la dextérité manuelle, que se distinguent les grands chirurgiens. Des principes aussi généraux ont besoin de développement, et il convient d'exposer en détail ce qu'il faut faire avant, pendant et après les opérations.

La nécessité de l'opération étant reconnue, il faut, *avant* d'y procéder, examiner si cette opération est possible, et s'il doit en résulter pour le sujet des avantages qui contre-balancent les douleurs, les dangers, et même la mutilation, qui peuvent en être le résultat. Il est évident que si l'on ne peut, en opérant, emporter ou détruire entièrement le mal et guérir le sujet, ou du moins rendre supportable sa situation, qui au-

paravant était désespérée, il faut s'abstenir de toute tentative qui compromettrait inutilement l'honneur de l'art. Entreprendre, par exemple, une extirpation de cancer sans être assuré de pouvoir atteindre aux limites de la désorganisation; couper une partie avant que le sphacèle qui la frappe ne soit borné; vouloir emporter une tumeur sans savoir si elle n'a pas avec de gros troncs vasculaires ou nerveux des connexions qui s'y opposent, telles sont quelques-unes des fautes qu'il faut constamment éviter dans la pratique des opérations. On se gardera de même d'opérer du cancer les sujets qui portent les traces d'une diathèse cancéreuse générale fort avancée; ou de l'anévrisme d'un membre, une personne sur laquelle on reconnaîtrait l'existence d'une lésion semblable à la courbure aortique : dans ces deux cas, l'opération serait inutile, ou même précipiterait les progrès des lésions internes concomitantes, et hâterait la mort du malade.

Une seconde question à résoudre, avant d'opérer, consiste à déterminer à quelle époque et sur quelles parties on doit le faire. Les auteurs ont distingué, pour les opérations, des temps et des lieux de nécessité, et des temps ainsi que des lieux d'élection. Mais cette distinction encore reproduite est illusoire. Relativement au temps, il est toujours de nécessité, car il doit constamment être déterminé, pour le plus grand avantage du malade, d'après la gravité de la lésion qui exige l'opération, l'état général du sujet et les circonstances environnantes. Toutes ces choses étant examinées, on assigne l'époque la plus favorable pour opérer; et cette époque ne saurait être arbitraire, puisqu'elle est commandée par l'intérêt du sujet. Ainsi, à l'armée, les amputations doivent être pratiquées sur-le-champ, toutes les fois que les blessures sont telles que la conservation des membres serait absolument impossible. On doit opérer encore, lorsque la privation des choses les plus indispensables et la nécessité des longs transports font courir aux blessés des dangers imminens que l'opération peut seule leur faire éviter.

Dans les maladies chroniques, telles que la cataracte, les calculs urinaires, etc., nos prédécesseurs n'opéraient, en général, qu'au printemps et à l'automne. Aujourd'hui cette précaution est peut-être trop négligée. Il convient surtout de ne pas pratiquer certaines opérations lorsqu'il règne des maladies qu'elles sont susceptibles de provoquer. Ainsi, quand il existe de nombreuses ophthalmies, il serait imprudent d'opérer de la cataracte; on compromettrait le succès de la cystotomie, si on la pratiquait à une époque où règnent des gastro-entérites, des diarrhées ou des dysenteries, etc. Enfin, chez les sujets atteints de syphilis, de scrofules ou d'autres affections du

même genre, il faut, en général, ne songer aux opérations qu'après avoir combattu la disposition intérieure qui accompagne la maladie locale, et qui quelquefois a provoqué son apparition. L'âge du sujet exige également un mûr examen. Ainsi, il convient de n'opérer du bec-de-lièvre que vers la seconde ou la troisième année; de la cataracte, qu'à huit, dix ou douze ans. Chez les vieillards usés et décrépits, on doit renoncer à pratiquer les opérations que leur état de faiblesse et d'épuisement ne leur permettrait pas de supporter.

Relativement à l'endroit sur lequel on opère, il est indiqué, dans tous les cas, par la nature et la situation de la lésion, et jamais il ne peut être abandonné au choix libre et arbitraire du chirurgien. Si, dans la hernie, dans l'ouverture des abcès, etc., on opère sur les parties affectées elles-mêmes, c'est que l'espèce de désordre dont elles sont le siége réclame cette conduite. Si, au contraire, dans les écrasemens complets du pied, dans les blessures des artères et dans les anévrismes, on porte l'instrument tranchant loin du lieu malade, c'est parce qu'en agissant ainsi on procurera au sujet ou une guérison plus facile et plus sûre, ou une telle disposition des parties opérées, qu'il pourra s'en servir en éprouvant le moins de gêne possible.

Un dernier point qui doit exciter toute la sollicitude du praticien, avant de rien entreprendre relativement à l'opération, est le choix de la méthode et du procédé opératoires dont il convient le mieux de faire usage. La plupart des grandes opérations peuvent être exécutées suivant plusieurs méthodes, à chacune desquelles se rattachent des procédés plus ou moins nombreux. Les méthodes sont ordinairement distinguées d'après les parties qu'il faut attaquer pour pratiquer une opération, et quelquefois d'après la manière essentiellement différente suivant laquelle on agit sur les mêmes parties. Ainsi, pour la cystotomie, par exemple, il existe six méthodes opératoires, caractérisées par les régions que l'on divise en les exécutant. Les amputations dans la continuité des membres présentent deux méthodes, fondées, au contraire, sur la forme que l'on donne aux divisions des mêmes parties. Enfin, dans l'opération de la cataracte, les méthodes ont pour base la manière d'agir sur le cristallin.

En définitive, le choix des méthodes opératoires influe singulièrement sur le résultat final des opérations. Très-différentes les unes des autres sous le rapport des parties attaquées et sous celui de la forme que l'on donne à ces parties, il est évident que, suivant que l'on pratique l'une d'elles à l'exclusion des autres, on aura spécialement tels ou tels avantages à espérer, tels ou tels dangers à craindre, et que la guérison sera rendue par là

plus ou moins prompte et complète. Relativement aux procédés, leur importance est bien moins grande. Tous ceux qui se rattachent à une méthode opératoire présentent les inconvéniens ou les avantages de cette méthode; ils ne diffèrent entre eux que par la variété ou la manière d'agir des instrumens, et par la facilité ainsi que par la sûreté plus ou moins grande avec laquelle ils permettent de diviser les parties. L'influence des procédés ne s'étend guère au-delà de l'instant de l'opération; aussitôt que celle-ci est terminée, les résultats dépendent de la méthode que l'on a suivie. Un chirurgien habile peut rendre excellent le procédé le plus défectueux; mais il ne saurait presque jamais diminuer les inconvéniens attachés à la méthode à laquelle ce procédé appartient. Enfin, il est facile, comme dans l'opération de la fistule lacrymale, de combiner entre eux plusieurs procédés, tandis que les méthodes s'excluent ordinairement, et ne peuvent être pratiquées que les unes après les autres, ainsi que cela a lieu lorsqu'à la cystotomie par l'appareil latéralisé on fait succéder l'incision de l'hypogastre.

Bien que le raisonnement et l'expérience aient fait connaître, en général, pour chaque opération la méthode et le procédé le plus convenables, le praticien doit se les rendre tous familiers, parce qu'il est une foule de cas qui exigent que l'on s'écarte des règles tracées, et que l'on préfère à d'autres les manières d'opérer d'ailleurs les moins favorables. Ainsi, la disposition des plaies autour de l'articulation scapulo-humérale rend nécessaire, chez certains sujets, la conservation de lambeaux que l'on aurait figurés d'une autre manière si toutes les parties avaient été saines. Quelques dispositions de l'œil et du cristallin indiquent l'extraction de préférence à l'abaissement, dans l'opération de la cataracte, etc. D'ailleurs, en s'exerçant à pratiquer les opérations suivant tous les procédés possibles, on s'habitue à considérer les parties sous toutes leurs faces, à comparer les avantages et les inconvéniens de chacune des manières de les diviser, et le jugement autant que la dextérité de l'opérateur se perfectionnent par ces travaux.

Le chirurgien, dans les choix qui nous occupent, ne doit jamais perdre de vue les intérêts du malade. Les méthodes et les procédés qui permettent d'opérer avec le plus de sûreté, qui laissent à leur suite les parties le mieux disposées pour être exactement réunies ou pour se cicatriser promptement, celles enfin qui sont le plus propres à déterminer une guérison rapide et à éloigner les accidens primitifs ou secondaires de l'opération, celles-là doivent être préférées, alors même que leur exécution est un peu plus longue, plus difficile et moins brillante. La véritable gloire du chirurgien consiste moins à opérer avec rapidité qu'à faire réussir ses opérations; et, pour

cela, il ne suffit pas de remettre le sujet promptement dans son lit, il faut le guérir.

Tous ces préliminaires étant examinés et arrêtés dans l'esprit du chirurgien, il faut s'occuper des préparatifs de l'opération elle-même. Le sujet doit être d'abord convaincu de la nécessité de cette opération, résigné à la supporter, et confiant dans le résultat qu'elle entraînera. Ces dispositions morales sont d'une si haute importance, que l'on a vu des opérés succomber en quelques heures par cela seul qu'on les avait alarmés sur leur situation. Les opérations graves, pratiquées sur les sujets pusillanimes, irritables, disposés aux accidens nerveux, réussissent rarement. C'est au chirurgien à diriger convenablement l'esprit du malade, et à y faire naître les dispositions morales les plus favorables au succès qu'il veut obtenir.

On a pendant long-temps préparé les sujets d'une manière bannale aux grandes opérations. Ainsi, on croyait devoir presque toujours les saigner, les purger, ou leur administrer des vomitifs quelques jours d'avance. Aujourd'hui ces préparations sont devenues plus méthodiques. Elles consistent à combattre les dispositions que les malades peuvent avoir aux irritations viscérales, à diminuer leur susceptibilité, et à éloigner de l'opération les accidens immédiats qui peuvent la troubler, ainsi que les inflammations trop intenses qu'elle est susceptible d'occasioner. Les bains, les boissons délayantes, l'usage d'alimens rafraîchissans, et quelques autres moyens du même genre, telles sont les médications simples qui servent à préparer les sujets dont la santé générale n'est pas altérée. Chez les autres, il faut combattre la pléthore par les évacuations sanguines, l'irritabilité nerveuse au moyen des calmans et des antispasmodiques, la présence des matières saburrales dans le canal digestif par quelques purgatifs doux, en un mot détruire toutes les dispositions morbides que l'opération pourrait accroître et rendre la source de phénomènes et de complications graves.

Indépendamment de ces précautions, plus importantes qu'on ne le croit généralement pour le succès des opérations, la partie malade réclame quelquefois aussi une attention spéciale et l'emploi de préparations appropriées à son état. Souvent il faut combattre l'excès d'inflammation dont elle est le siége, et que l'action des instrumens accroîtrait encore. C'est ainsi que les ophthalmies opiniâtres et les cystites aiguës doivent être détruites avant l'opération de la cataracte ou l'extraction des calculs urinaires. Dans d'autres cas, il convient d'habituer les parties aux conditions nouvelles qui seront la suite de l'opération ; on allonge par exemple les joues au moyen d'emplâtres agglutinatifs et du bandage unissant, plusieurs jours

avant d'opérer les becs-de-lièvre avec perte de substance. S'agit-il de pénétrer dans une cavité plus ou moins profonde, il faut attendre que ses parois soient écartées par les liquides affluens, ou les distendre à l'aide des injections. Est-il important, au contraire, d'éviter certains canaux placés au voisinage de la maladie, on doit, ou les comprimer, ou les vider, afin d'éloigner leurs parois du trajet des instrumens. Enfin, il est nécessaire de raser exactement la partie sur laquelle on opère, si elle est couverte de poils, de la nettoyer au moyen de lotions répétées, etc., en un mot de la disposer de manière à ce que l'action des instrumens sur elle soit rendue plus facile et plus sûre.

Des aides exercés et habiles sont indispensables à l'exécution du plus grand nombre des opérations. Leur choix est fort important, et chaque chirurgien doit s'en attacher un certain nombre qui, habitués à le suivre, connaissent ses habitudes, obéissent au moindre signe, et n'attendent pas qu'il leur demande les objets dont il a besoin. Chacun d'eux doit savoir d'avance le rôle qui lui est destiné, et la part qu'il doit prendre à l'action opératoire. Bien que plusieurs fonctions, telles que celle de contenir certaines parties du malade, de présenter des vases et d'autres objets analogues, puissent être confiées à des personnes étrangères à l'art, il est cependant préférable de ne s'entourer que de chirurgiens sur l'exactitude, l'intelligence et la fermeté desquels on puisse compter. Dans les hôpitaux, il faut éviter d'opérer dans les salles où sont rassemblés les malades; ceux-ci ne manqueraient pas d'accourir à ce spectacle, et ils pourraient en recevoir des impressions défavorables au traitement des affections dont ils sont atteints, ou qui les porteraient à refuser de se soumettre ensuite aux opérations que leur état réclame. Il faut donc avoir une salle ou un amphithéâtre dans lequel on fait transporter le patient, et où peuvent être rangés les élèves sans gêner le chirurgien. Dans la pratique civile, ce ne doit jamais être qu'avec réserve et sur les instances réitérées du malade qu'on admette ses parens ou ses amis à l'opération; ces personnes apportent presque toujours quelque embarras, quelques désordres, et troublent ordinairement une action durant laquelle tout doit être silencieux, immobile et attentif aux ordres du chirurgien.

Tous les objets dont on croit avoir besoin, soit pendant l'opération, soit pour le pansement du malade, et dont la réunion porte le nom d'APPAREIL, étant convenablement disposés et rangés dans l'ordre suivant lequel on doit les employer, il faut placer le sujet lui-même. Il importe que sa situation, assise ou couchée, soit telle qu'il puisse aisément la conserver pendant toute la durée de l'opération, que la partie

sur laquelle on agit soit parfaitement découverte et dirigée vers le chirurgien. Les aides, en contenant le malade, doivent se borner à prévenir ses mouvemens, sans l'accabler de leur poids, sans le fatiguer de pressions inutiles et douloureuses. Il importe de les ranger de manière à ce que chacun d'eux remplisse son office sans gêner les autres, et que le chirurgien lui-même soit, au milieu d'eux, parfaitement libre de tous ses mouvemens. Celui-ci, enfin, doit se placer dans la situation la moins fatigante et la plus favorable à la prompte et facile exécution de l'opération.

Le point le plus important auquel il faille songer avant de commencer une opération, est de bien s'assurer que l'on possède les moyens de prévenir ou d'arrêter, aussitôt qu'elles se manifesteront, les hémorragies auxquelles elle peut donner lieu. On remplit ordinairement cette indication en faisant comprimer, par des aides ou au moyen du tourniquet, les troncs artériels qui se distribuent à la partie sur laquelle on porte les instrumens. Lorsque ce moyen ne peut être employé, comme au tronc, il faut se tenir prêt à lier les vaisseaux à mesure qu'on les divise; ce qui ralentit, il est vrai, les opérations, mais préserve souvent les sujets d'accidens graves. Dans quelques occasions, il faut même ne couper les branches vasculaires qu'entre deux ligatures préalablement jetées sur elles. Enfin, on commence quelquefois par lier le tronc artériel dont les divisions pourraient donner du sang, comme dans le procédé de Larrey pour l'amputation de la cuisse à son articulation supérieure, tandis que, dans d'autres occasions, on réserve la section du vaisseau principal pour le dernier temps de l'opération, et on ne l'opère qu'au devant des doigts d'un aide qui le saisit et le comprime. C'est ainsi que l'on agit dans presque toutes les amputations du bras à l'épaule. Une règle générale, c'est qu'il ne faut jamais entreprendre une opération si l'on n'est assuré d'avance des moyens de s'opposer à l'écoulement du sang qu'elle peut occasioner. *Voyez* COMPRESSION, HÉMORRAGIE, LIGATURE, etc.

2°. *Pendant* les opérations rien ne doit distraire le chirurgien et l'éloigner de l'objet qu'il s'est proposé d'atteindre. Les praticiens du moyen âge attachaient une grande importance à prévenir ou à diminuer les douleurs que les opérations entraînent après elles. Pour cela, ils administraient les narcotiques à haute dose, serraient violemment les parties, ou les recouvraient de topiques stupéfians; ces moyens sont aujourd'hui rejetés de la pratique. C'est par la promptitude avec laquelle on fait agir les instrumens, et par la manière méthodique de diviser les tissus, que l'on abrége le plus sûrement les douleurs des opérations, et que l'on diminue leur violence.

Cette célérité, exempte de précipitation, qui ménage les forces du sujet et allége ses souffrances, est une des qualités les plus brillantes du chirurgien; elle est utile dans presque toutes les opérations; mais c'est dans les extirpations des tumeurs très-volumineuses, dans les grandes désarticulations, et dans toutes les circonstances où le sang veineux et artériel s'écoule en nappe de toute la surface des plaies, qu'il importe de prévenir l'épuisement des forces, en terminant promptement l'action instrumentale, et en arrêtant aussitôt les hémorragies. Une sage lenteur présente, au contraire, plus d'avantages, toutes les fois que l'on opère au milieu de parties délicates, dont la lésion peut être suivie d'accidens graves ou même mortels : tels sont les débridemens des hernies, les ligatures des gros troncs artériels, les extirpations pratiquées au voisinage de vaisseaux ou de nerfs considérables, etc.; dans tous ces cas, on doit plutôt s'attacher à faire *bien* et *sûrement* qu'à faire *vite*.

Parmi les accidens qui troublent le plus fréquemment les opérations, les défaillances et les convulsions tiennent le premier rang après les hémorragies. La syncope, lorsqu'elle est uniquement produite par la crainte que le sujet a éprouvée, ne doit pas arrêter le chirurgien : les douleurs de l'opération sont plus propres à la dissiper qu'à la produire. B. Travers a même proposé de jeter toujours les malades irritables et timides dans un état profond de défaillance avant de les opérer; et pour cela il conseille de leur tirer tout à coup plusieurs livres de sang. Suivant lui, les résultats des opérations pratiquées ainsi, sans que le sujet en ait connaissance, sont plus simples et plus favorables que dans les circonstances ordinaires. Cette pratique est peut-être susceptible de présenter quelque avantage chez certaines personnes; mais la brusque soustraction d'une très-grande quantité de sang immédiatement avant les plus graves opérations, peut aussi être suivie d'un épuisement tel que des conséquences funestes en soient l'effet. Il faut attendre que l'expérience se soit plus positivement prononcée sur les résultats de ce procédé, avant d'autoriser d'une manière générale son exécution.

Quant aux convulsions, elles exigent toujours que l'on suspende les opérations, et qu'on attende, pour les continuer, que le calme soit rétabli. Quelquefois on est obligé, afin de les prévenir, de ne pas trop fatiguer le malade, et afin d'éviter l'irritation trop intense des tissus, de diviser l'opération en deux parties, que l'on exécute à des intervalles plus ou moins éloignés. Les opérations de la fistule lacrymale et de la cystotomie sont celles qui se prêtent le plus facilement à cette division, et pour lesquelles elle présente le plus d'avantage.

3°. *Après* les opérations, le chirurgien doit arrêter d'abord

définitivement le cours du sang dans les vaisseaux ouverts, lorsque le mouvement circulatoire n'y a été jusque-là que suspendu. Ici les moyens employés contre les HÉMORRAGIES sont encore d'une indispensable utilité. Cette indication étant remplie, il faut immédiatement procéder au pansement de la plaie, qui, après avoir été débarrassée du sang dont sa surface et ses bords sont couverts, doit être aussi exactement réunie que le comportent la nature et la disposition des organes. Des emplâtres agglutinatifs servent à rapprocher ses bords, sur lesquels on étend des bandelettes de cérat, afin de prévenir l'adhérence des gâteaux de charpie dont on la recouvre. Les fils des ligatures sont rassemblés vers son angle le plus déclive; quelques compresses, soutenues par un bandage approprié, complètent l'appareil, qui ne doit exercer sur les parties aucune constriction douloureuse.

Le sujet doit ensuite être reporté doucement dans son lit, et situé de manière à ce que la partie opérée, libre de toute compression et soutenue par des oreillers, n'éprouve pas la plus légère fatigue. Le reste du corps doit conserver la position la plus commode, celle qui exige les déplacemens les moins nombreux. La chambre qui reçoit l'opéré doit avoir une température médiocrement élevée; l'air en sera renouvelé fréquemment, et la plus exquise propreté doit y être scrupuleusement entretenue. D'autant plus couvert que le froid est plus considérable, le sujet doit être maintenu dans un état constant de repos physique et de tranquillité morale. Toute émotion trop vive, toute sensation désagréable, peut, dans les premiers instans, lui devenir funeste. S'il se trouve très-affaibli par l'opération et par la douleur qu'il a supportée, quelques gouttes de vin vieux peuvent lui être administrées avec avantage. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il convient de s'abstenir de tous les excitans, et surtout des liqueurs alcooliques. Ces substances ont souvent pour effet d'exciter une exaltation momentanée que suit un affaissement plus profond que celui d'où le sujet a été tiré, et qui achève de détruire les derniers restes des forces vitales. Les meilleurs toniques dont on puisse alors faire usage consistent dans la satisfaction que procure l'heureuse terminaison de l'opération, dans l'espoir d'une guérison prochaine, dans le calme général qui succède à la grande secousse qui vient d'avoir lieu, enfin dans un sommeil plus ou moins profond et prolongé. Une potion légèrement narcotique prépare ces heureux effets, et achève de dissiper, chez les sujets nerveux et irritables, les derniers restes du tumulte excité par l'opération dans tout l'organisme. Ce n'est qu'après quelques heures, et quand l'économie vivante est revenue au rhythme normal de ses fonctions, qu'il con-

vient d'administrer aux opérés quelques substances propres à ranimer leurs forces, et à réparer les pertes qu'ils ont faites. Encore faut-il ne jamais oublier qu'une vive inflammation doit bientôt survenir dans les parties divisées, et qu'il importe d'éviter tout ce qui pourrait en augmenter la violence.

Le traitement général et local des malades après les opérations est le même que celui dont il convient de faire usage à la suite de toutes les PLAIES. *Voyez* ce mot, ainsi que PANSEMENT.

OPHIOGLOSSE, s. f., *ophioglossum;* genre de plantes cryptogames, de la famille des fougères, qui a pour caractères : fructification en épis oblongs, linguiformes et comprimés; follicules nus, distiques, presque globuleux, transversalement bivalves et polyspermes.

L'*ophioglosse vulgaire*, *ophioglossum vulgatum*, se reconnaît à sa feuille ovale et simple, ainsi qu'à son épi oblong. Elle est assez commune dans presque toute l'Europe, où elle affectionne les prairies ombragées et les bois humides. On la connaît vulgairement sous le nom de *langue de serpent*. Autrefois elle passait pour astringente, tonique, vulnéraire et résolutive, de sorte qu'on la conseillait contre les hémorragies, la leucorrhée, l'hémoptysie, dans le traitement des plaies et des ulcères. Elle est tombée aujourd'hui dans un oubli total, d'où elle ne sortira probablement plus.

OPHTHALMIE, s. f., *ophthalmia;* inflammation de l'œil ou des yeux; phlegmasie qu'il importe d'étudier avec le plus grand soin, attendu la fonction de l'organe qui en est le siége, et la nécessité de la combattre efficacement pour en prévenir les suites, dont la cécité est souvent le déplorable résultat. Formé de membranes multipliées, dont une très-résistante, les autres très-délicates, d'humeurs dont la transparence et la juste proportion importent au maintien de la vue, et d'une enveloppe muqueuse, exposée à l'action des corps étrangers en avant; garanti en arrière et latéralement par des cloisons osseuses; en rapport, en arrière, avec le cerveau par un nerf dont le prolongement antérieur est le siége principal de la fonction, et par d'autres qui lui donnent le mouvement; avec le grand sympathique par un ganglion; en haut, avec un organe sécrétoire; en dedans, avec le réservoir du produit que cet organe sécrète : l'œil est, de toutes les parties du corps, une de celles qui sont le plus susceptibles d'être lésées primitivement ou secondairement. Les corps plus ou moins volumineux dirigés contre lui; les corpuscules irritans, mécaniques ou chimiques, auxquels l'air sert de véhicule; l'action du feu, l'intensité de la lumière; l'action trop prolongée de cet agent dans les veilles, sa trop grande vivacité dans quelques professions; l'humidité et la fraîcheur de l'air, telles sont les causes qui peuvent déterminer,

par une action directe, l'inflammation de l'œil. Les inflammations des voies lacrymales, de la membrane pituitaire, des parties génitales, des articulations, des voies gastriques, de la peau, des méninges, sont assez fréquemment autant de causes pathologiques de l'ophthalmie, ou plutôt d'inflammations primitives qui déterminent secondairement celle de l'œil, soit par propagation de proche en proche, soit par sympathie, soit par délitescence : aussi l'ophthalmie est-elle une des phlegmasies les plus communes, et peut-être la plus commune de toutes, au moins après la bronchite, avec laquelle on l'a souvent vue régner épidémiquement. A ces causes il faut ajouter l'impulsion mécanique du sang vers la face dans la toux, circonstance dont on doit tenir compte dans la production de l'ophthalmie qui accompagne ou suit la bronchite, notamment celle qui se manifeste avec les symptômes auxquels on attache le nom de coqueluche.

Si l'ophthalmie est parfois le résultat d'une autre phlegmasie, elle produit, non moins fréquemment, l'inflammation des voies lacrymales; quelquefois même elle paraît devenir la cause de l'arachnoïdite ; beaucoup moins rarement elle entraîne l'inflammation des voies digestives, et, dans quelques cas, on voit, après qu'elle a cessé, survenir les phénomènes d'une autre phlegmasie, d'une sécrétion insolite ou plus abondante que de coutume, sans que rien ait fait soupçonner ce changement.

L'inflammation commence dans l'œil de deux manières; le plus souvent par son enveloppe mucoso-cutanée, qui est la conjonctive, plus rarement par une de ses autres membranes. Dans le premier cas, l'ophthalmie est appelée externe; on la nomme interne dans le second.

L'ophthalmie externe a son siége soit dans la portion de la conjonctive qui revêt la face oculaire des paupières, soit dans la portion de cette membrane qui revêt le globe de l'œil lui-même ; dans le premier cas, elle reçoit le nom de *blépharite supérieure* ou *inférieure*, selon que l'inflammation envahit la conjonctive de la paupière supérieure ou celle de l'inférieure. Mais le nom de *blépharite* ne peut convenir, comme terme générique, qu'à l'inflammation de toute l'épaisseur d'une ou de plusieurs paupières. Nous ne parlerons ici que de l'ophthalmie externe proprement dite, ou inflammation de la conjonctive oculaire.

Les irritans externes sont les causes les plus ordinaires de l'ophthalmie externe; ceux qui ont l'air pour véhicule, et surtout ceux qui agissent en vertu de leurs qualités chimiques, sont les plus communs; l'inflammation qu'ils déterminent est plus persévérante que celle qui résulte d'une action mécanique. Rarement la vivacité de la lumière donne lieu à cette ophthal-

mie, à moins que ce ne soit après avoir excité un degré plus ou moins intense d'ophthalmie interne, ce qui arrive quand la conjonctive oculaire devient rouge à la suite des veilles prolongées. De toutes les causes de l'ophthalmie externe, l'humidité de l'atmosphère est la plus commune; aussi est-elle beaucoup plus souvent épidémique que l'interne. De toutes les inflammations qui peuvent déterminer l'ophthalmie, celles des voies digestives sont celles qui provoquent le plus souvent l'externe; celle des parties génitales détermine plutôt la blépharite, qui néanmoins finit, pour l'ordinaire, par s'étendre au globe de l'œil. Les inflammations des voies lacrymales coïncident très-souvent avec l'ophthalmie externe. Ce n'est guère que celle-ci que l'on voit déterminée par l'impulsion du sang dans la toux. Souvent cette impulsion ne produit qu'une rougeur passagère de la conjonctive, un larmoiement instantané, ou tout au plus une légère ecchymose de la conjonctive, qui se reconnaît à une tache d'un rouge de sang mat et sans ramifications vasculaires, laquelle devient jaunâtre dans son pourtour, et finit par disparaître, sans aucun remède, en peu de jours et quelquefois en vingt-quatre heures. L'ophthalmie externe est fréquemment causée par la brûlure, effet d'étincelles, ou de flammèches dirigées sur la conjonctive.

Quelle que soit la cause de cette ophthalmie, les phénomènes en sont les mêmes, sauf quelques variétés dans l'intensité, la marche et les suites.

Un sentiment de chaleur et de picotement, tel que l'occasione la présence d'un grain de sable sous les paupières, est, pour l'ordinaire, le premier phénomène de l'ophthalmie; ce symptôme augmente d'intensité, la rougeur vient s'y joindre, des vaisseaux sanguins, fins et ramifiés, forment un réseau sur la conjonctive; la sécrétion des larmes est suspendue, la membrane est sèche; mais cette sécrétion tarde peu à se rétablir; alors les larmes inondent le globe de l'œil, surchargent le bord des paupières, les débordent, coulent au-delà sur la joue, surtout vers le grand angle de l'œil: l'instant où elles sont le plus abondantes est celui où le sujet ressent le plus de picotement et de chaleur. Ces phénomènes se succèdent en quelques minutes, quand l'ophthalmie est causée par la présence d'un corps étranger; dans quelques cas, la rougeur ne vient qu'après un ou plusieurs jours de démangeaison prononcée et de larmoiement; c'est surtout quand la phlegmasie est l'effet d'une constitution atmosphérique froide et humide. Dans plusieurs cas d'ophthalmie sympathique, la rougeur est au contraire le premier symptôme qui se manifeste; parfois il est le seul qui persiste.

Dès que le sujet éprouve le sentiment de picotement et de

chaleur, l'action de la lumière exerce une impression douloureuse qui l'oblige à fermer l'œil et à chercher l'obscurité. Les symptômes de l'ophthalmie varient beaucoup pour l'intensité. On observe depuis la simple injection des vaisseaux de la conjonctive jusqu'à la conversion de cette membrane en un tissu d'un rouge vif uniforme; depuis le léger picotement, analogue à celui que procure l'action momentanée d'une parcelle de poussière, aussitôt expulsée qu'introduite, jusqu'à la douleur pongitive, âcre et brûlante, la plus intense; enfin, depuis la légère augmentation partielle d'épaisseur qui résulte de la simple injection, jusqu'au boursoufflement de la conjonctive qui, dans le plus haut degré de l'ophthalmie externe, forme un bourrelet d'une ligne d'épaisseur autour de la cornée. Entre ces extrêmes il y a des variétés infinies, dont le plus haut degré est ce qu'on appelle le *chémosis*, qui n'est que l'ophthalmie externe dans laquelle la conjonctive offre tous les caractères d'une membrane muqueuse enflammée au plus haut degré; mais alors jamais la phlegmasie n'est pas bornée à la conjonctive; elle s'étend dans l'intérieur de l'œil.

Tout ce que nous venons de dire ne s'applique qu'à la conjonctive qui recouvre la sclérotique. Relativement à celle qui recouvre la cornée transparente, qui croirait que les avis sont partagés, parce que, selon quelques anatomistes, la cornée n'est point recouverte par la conjonctive? L'observation attentive démontre que la cornée n'éprouve aucune altération appréciable quand l'ophthalmie est peu intense; mais, à un certain degré de cette phlegmasie, la cornée prend un aspect louche, et s'obscurcit légèrement, sans cependant prendre aucune couleur: l'inflammation est-elle encore plus intense, elle devient évidemment moins transparente, des vaisseaux, rarement il est vrai, et toujours en très-petit nombre, se dessinent manifestement sur la cornée, et communiquent directement avec ceux qui sont en grand nombre sur la sclérotique. Mais le bourrelet que forme la conjonctive aux confins de la cornée opaque, et près du bord de la cornée transparente, n'anticipe jamais sur celle-ci *dans l'ophthalmie aiguë*. Nous dirons bientôt comment les vaisseaux de la conjonctive se comportent dans l'ophthalmie chronique.

Dans des cas, qui malheureusement ne sont pas rares, l'ophthalmie parcourt avec violence ses périodes dans le court espace de vingt-quatre heures, s'étend aux parties internes de l'œil, et détermine tous les ravages que nous dirons être ceux de l'ophthalmie interne. Plus souvent cette fâcheuse extension du mal ne se fait qu'en deux, trois, quatre jours, ou davantage. Le plus ordinairement, après quelques jours, si rien n'est venu entretenir l'inflammation, si sa cause a cessé, si elle a

été peu intense, la douleur diminue, la lumière n'est plus insupportable, l'œil reste ouvert, le larmoiement tarit, la rougeur diminue peu à peu, et l'organe redevient apte à remplir ses fonctions; mais il faut encore le ménager, car un exercice peu mesuré suffit pour rétablir l'inflammation, qui revient alors plus rebelle qu'auparavant.

Telle est la terminaison la plus favorable de l'ophthalmie externe.

Au lieu de s'étendre brusquement ou peu à peu à l'intérieur de l'organe, on la voit, dans des cas bien plus nombreux, persister pendant une semaine, dix à douze et même quinze jours, et passer assez fréquemment à l'état chronique. Ordinairement elle diminue d'intensité, quand elle se prolonge ainsi; et, selon la constitution du sujet et la disposition de l'organe, c'est la douleur ou la rougeur qui persiste avec le plus d'intensité. Quand l'inflammation est chronique, peu étendue, située près de la cornée, il se forme souvent un épaississement triangulaire, qui marche lentement sur la cornée, et finit par prolonger sa pointe jusque sur cette membrane. *Voyez* PTÉRIGYON.

De l'inflammation intense ou prolongée de la CONJONCTIVE peuvent résulter toutes les autres maladies, ou plutôt toutes les altérations de structure dont nous avons parlé après avoir décrit cette membrane. Nous avons dit que de cette même inflammation pouvait résulter celle des membranes internes de l'œil. Ces fâcheux résultats sont très-fréquens. C'est surtout chez les enfans, et principalement ceux en qui prédomine le système lymphatique, qu'on a lieu de les redouter. Il importe donc de s'opposer avec activité aux progrès de toute ophthalmie; et, d'autant plus que, lors même que cette inflammation paraît encore peu intense, il arrive souvent qu'elle prend tout à coup la plus funeste extension et s'accroît subitement. La prolongation indéfinie de l'ophthalmie est encore plus à craindre peut-être; car, tandis qu'on s'en occupe à peine, à raison du peu d'intensité de ses symptômes, il se forme dans la cornée des taches dont la cécité est le résultat, quand elles se trouvent placées au devant de la pupille.

Nous avons dit que l'inflammation de la conjonctive s'étendait assez souvent dans l'intérieur de l'œil; cette extension a toujours plus ou moins lieu quand l'ophthalmie est intense.

On ignore jusqu'à quel point la sclérotique y participe; néanmoins il est probable qu'on doit considérer comme une suite de sa phlegmasie chronique le staphylôme de cette membrane. Souvent c'est l'iris qui s'enflamme, alors on observe tous les phénomènes et les suites décrits à l'article IRITE. Plus souvent peut-être les autres membranes de l'œil subissent le

travail inflammatoire, et reçoivent ainsi l'impulsion morbifique dont la CATARACTE et le GLAUCÔME seront plus tard l'effet.

Des douleurs lancinantes dans l'intérieur du globe de l'œil, une chaleur interne considérable, un sentiment de plénitude dans cet organe, de tension dans la sclérotique, l'impossibilité de supporter la lumière la plus faible sans éprouver une douleur intolérable : tels sont les signes auxquels il n'est pas permis de méconnaître l'ophthalmie interne qui s'ajoute à l'ophthalmie externe. Il semble au malade que son œil soit sur le point d'éclater. La suppuration, le trouble des humeurs, des abcès dans les chambres de l'œil, l'opacité de ses membranes internes, et même la rupture du globe, tout est à craindre en pareil cas, si l'on ne réussit à maîtriser l'inflammation ; ce à quoi on ne réussit que rarement, parce que souvent on est appelé trop tard, le traitement est peu actif, ou bien le sujet est très-prédisposé aux maladies des yeux.

Jamais l'ophthalmie à la fois externe et interne ne passe à l'état chronique avec une pareille intensité ; les phénomènes de l'inflammation interne cessent, et ceux de l'inflammation externe persistent à un faible degré ; d'autres fois c'est le contraire. Plus souvent encore peut-être la phlegmasie semble cesser en dedans de l'organe comme à sa surface ; mais il en reste assez dans les membranes internes pour causer des douleurs passagères, pour laisser au globe une sensibilité insolite qui se manifeste par la plus légère cause d'irritation, et se développe, même sans cause appréciable, à des époques qui n'ont rien de fixe.

Si, lorsque l'ophthalmie interne succède à l'ophthalmie externe et vient la compliquer, il n'est pas difficile de la reconnaître, sans que néanmoins on puisse assigner avec précision la membrane qu'elle occupe plus particulièrement, il est très-facile de la méconnaître quand elle est primitive, lorsqu'elle ne s'étend pas à l'iris, et surtout quand elle ne se manifeste que par des douleurs irrégulières, ressenties dans le globe, et une grande susceptibilité pour toute lumière tant soit peu vive. C'est précisément parce qu'on la méconnaît presque toujours, que la nature de tant de maladies des parties internes de l'œil est ignorée, et que l'on ne parvient par conséquent point à en retarder les progrès. Ajoutons même qu'on ne sait presque rien sur le traitement de cette phlegmasie, la plus obscure de toutes celles qui ont pour siége un organe de la périphérie, et souvent non moins obscure que celles des viscères les plus profondément situés.

L'ophthalmie n'est pas toujours une maladie continue ; et, lors même qu'elle se manifeste avec ce type, on la voit assez souvent revenir chez le même sujet une ou plusieurs fois cha-

que année. Ses retours dépendent, soit de celui des saisons, soit des écarts périodiques dans le régime, soit plutôt de la réunion de ces deux causes, agissant sur un sujet prédisposé aux irritations et sur un organe plus irritable que les autres. Bien plus rarement on la voit se manifester avec le type intermittent. Casimir Medicus rapporte, d'après Van Swieten, R. Morton, Romel, Sénac, et Pacchioni, plusieurs observations d'ophthalmies périodiques. Une d'elle était tierce, une autre revenait chaque printemps. Casimir Medicus en observa une semblable. Ce qu'on appelle *fluxion périodique* des chevaux, n'est qu'une ophthalmie, très-commune chez ces animaux, qui revient par accès et finit par déterminer la cécité en produisant la cataracte, le trouble permanent de l'humeur aqueuse, ou la fonte du globe de l'œil (*Voyez* CÉCITÉ). Chez l'homme, l'ophthalmie périodique est infiniment rare et presque toujours peu intense ; elle ne s'étend guère au-delà de la conjonctive. Peut-être dira-t-on qu'on ne peut donner le nom d'ophthalmie à la rougeur des yeux qui accompagne les douleurs périodiques du fond de l'orbite ou même du globe de l'œil, puisque la suppuration n'en est point la suite ; mais la suppuration n'est point la suite ordinaire de l'ophthalmie externe continue ; et, lorsqu'on observe comparativement celle-ci et un accès de l'ophthalmie périodique, il est impossible de dire laquelle est continue et laquelle ne l'est point, si l'on se borne à examiner l'état de l'œil. N'est-ce point assez pour établir que, dans les deux cas, il y a ophthalmie, inflammation de cet organe ? Si l'ophthalmie intermittente ne nous paraît pas être une inflammation, c'est que, par la plus singulière des bizarreries, on est habitué à considérer cette phlegmasie locale comme une maladie générale qui ne se manifeste que dans un point, et à lui donner le nom de *fièvre larvée ;* et ce sont des hommes qui se targuent du nom de praticiens, qui font parade de leur mépris pour les théories, ce sont ces mêmes hommes qui ajoutent foi à de telles absurdités ! Au reste, l'histoire de l'ophthalmie ne peut être encore faite, parce que les faits qui lui serviraient de base sont dispersés dans une foule de livres et presque tous incomplets ; pour la bien faire, il faudrait mettre à contribution les archives de la médecine vétérinaire, plus riches que celles de la médecine humaine en observations de ce genre.

L'ophthalmie occupe plus souvent un seul œil que les deux yeux ; cependant rien n'est plus commun que de voir l'inflammation, bornée d'abord à un seul, s'étendre à l'autre, ou bien cesser dans l'un, puis se manifester dans l'autre. Quand un des yeux a subi une altération profonde, par suite d'une inflammation qui s'est montrée rebelle à tous les traitemens, on

doit redouter le même sort pour l'autre œil, et déployer encore plus de vigueur dans le traitement lorsque celui-ci vient à s'enflammer.

Le traitement de l'ophthalmie est un des mieux connus parmi tous ceux des inflammations, et cela vient sans doute de ce qu'on peut également suivre attentivement les progrès du mal et ceux de l'amélioration; cependant il s'en faut de beaucoup qu'on puisse toujours en obtenir la guérison, en prévenir les suites fâcheuses. S'il en est ainsi pour une inflammation si bien connue et dont le diagnostic n'offre aucune difficulté, pourrait-on s'étonner qu'il ne soit pas possible de guérir toutes les inflammations viscérales par la méthode antiphlogistique la mieux dirigée?

La saignée, les sangsues, la diète souvent très-sévère, des bains de pieds, parfois des purgatifs, quelquefois des vomitifs, plus rarement encore des topiques narcotiques, astringens ou toniques; tels sont les moyens à l'aide desquels on parvient à guérir l'ophthalmie, quand elle n'est pas au-dessus des ressources de l'art.

L'ophthalmie aiguë ne doit jamais être attaquée que par les antiphlogistiques. Souvent il faut les employer avec une énergie extraordinaire.

La saignée est un moyen trop négligé, dont il ne faut pas craindre d'user, car il ne peut, surtout ici, en résulter aucun inconvénient. La saignée du pied nous paraît préférable, toutes les fois qu'elle peut être aisément pratiquée, et de manière à fournir du sang en suffisante quantité. Si l'inflammation persiste, ou si le sujet est d'un âge ou d'une constitution qui ne permette pas d'employer la phlébotomie, l'application des sangsues est indispensable. Souvent il faut les mettre en grand nombre. On ne les applique ordinairement qu'à la tempe; dans bien des cas, il nous a paru plus avantageux de les placer au-dessous de la paupière inférieure, mais il est difficile de faire consentir une femme à ce mode d'application. Quand les paupières seules sont rouges à leur surface oculaire, il est avantageux d'appliquer une ou deux sangsues à la face interne de l'inférieure, au moins selon quelques praticiens: nous ne pouvons parler de ce moyen d'après notre propre expérience; il ne nous paraît pas sans inconvénient, car le renversement prolongé d'une paupière enflammée est une cause puissante d'inflammation pour ce voile membraneux.

Immédiatement après la saignée où l'application des sangsues, il convient de placer les pieds du sujet dans l'eau très-chaude, de les retirer, puis d'y appliquer des ventouses sèches, afin d'y maintenir le plus long-temps possible l'afflux du sang. Faut-il appliquer sur l'organe enflammé des eaux mucilagi-

neuses tièdes, des cataplasmes de pulpe de fruits, comme on est dans l'habitude de le faire? On a prétendu que ces moyens avaient l'inconvénient de prédisposer la cornée à s'ulcérer, que le liquide interposé entre les paupières devenait, quelque doux qu'il fût, une cause d'irritation. Cette dernière raison n'est pas sans fondement, surtout si on tourmente l'œil pour introduire de l'eau entre les paupières, comme le font presque toutes les personnes chez lesquelles cet organe est enflammé. Cependant, lorsqu'une eau mucilagineuse, à la température de l'œil, versée sur la paupière supérieure, ne cause point de douleur en coulant le long du bord des paupières et se répandant avec les larmes sur le globe, et paraît soulager le malade, il n'y a point d'inconvénient à en permettre l'usage.

Toutes les fois que l'inflammation est très-intense, très-profonde, la douleur très-vive, il faut insister sur la saignée et les sangsues réunies, jusqu'à ce que le mal diminue, multiplier les bains de pieds, faire appliquer des ventouses scarifiées à la nuque, et aux tempes. Si des douleurs pulsatives se font sentir dans le globe, il faut agir sans interruption, et ne point quitter pour ainsi dire le malade, car il est en danger de subir la perte du globe enflammé. Cette suite terrible de l'ophthalmie, assez rare dans nos climats, est très-commune dans d'autres pays, notamment dans les contrées chaudes et humides, et dans celles où l'air est embrasé par les rayons d'un soleil qui darde presqu'à plomb sur les habitans.

Les ophthalmies qui résistent aux moyens antiphlogistiques et aux faibles dérivatifs que nous venous d'indiquer, ne résistent que parce qu'elles sont très-avancées dans leur cours quand on commence à les traiter, parce qu'elles sont très-violentes, ou enfin parce qu'elles passent à l'état chronique. Il est un quatrième cas, c'est quand elles dépendent d'une autre phlegmasie interne, peu manifeste, mais primitive. Dans ce dernier cas, on a employé avec succès des vomitifs ou des purgatifs qui, en augmentant momentanément l'irritation gastrique ou intestinale, la faisaient arriver plus vite au degré où elle se résout par l'établissement d'une abondante sécrétion. Les vomitifs et les purgatifs ont encore été avantageusement prescrits dans des ophthalmies qui n'étaient point consécutives à des irritations des voies digestives, et c'est surtout dans des cas de ce genre qu'ils se sont montrés efficaces, surtout les purgatifs, parce qu'ils n'ont pas l'inconvénient de chasser violemment le sang vers la tête. Cette dernière circonstance rend les purgatifs préférables aux vomitifs, quand il est utile d'irriter le canal digestif. Cette indication a lieu dans beau-

coup de cas où l'ophthalmie est secondaire, et même dans ceux où elle est primitive; mais toujours les purgatifs sont préférables.

Dès que l'inflammation est descendue au degré de faible intensité qui caractérise le type chronique, et lorsqu'on n'est appelé que dans un cas où l'ophthalmie s'est montrée telle dès son début, une application de sangsues doit être mise en usage; si elle produit du soulagement, on y revient; sinon on laisse passer quelque temps avant de la renouveler, à moins que les symptômes ne soient très-intenses malgré leur chronicité, ce qui a lieu quelquefois. Dans ce dernier cas, il faut agir comme s'il s'agissait d'une ophthalmie aiguë, mais joindre l'usage des purgatifs aux moyens antiphlogistiques. En général, dans l'ophthalmie chronique, il faut moins compter sur ces derniers moyens, et insister sur les dérivatifs.

C'est ici le lieu de parler des vésicatoires, des frictions avec la pommade stibiée, et du moxa, employés comme dérivatifs dans le traitement de l'ophthalmie.

Les vésicatoires ne doivent être employés, dans toutes les ophthalmies, qu'après qu'une application de sangsues a diminué de beaucoup l'inflammation; ce n'est que dans l'ophthalmie chronique, avec très-peu ou point de douleur, qu'on doit y recourir de prime abord. Il faut les prescrire sans délai quand déjà un albugo a été la suite d'une ophthalmie négligée, quitte à mettre ensuite en usage les moyens antiphlogistiques. Les vésicatoires doivent être appliqués à la tempe voisine ou à la nuque, selon le degré de susceptibilité du sujet; quand la douleur est assez forte, la nuque est l'endroit préférable. Les vésicatoires sont véritablement utiles dans le traitement de l'ophthalmie chronique. La pommade stibiée, employée dans le même but, n'agit point autrement peut-être; cependant elle est plus énergique et plus profonde. Le moxa n'a aucun avantage, à moins qu'on ne regarde comme tel la vive douleur qu'il détermine; la pommade stibiée, non moins énergique, moins effrayante et moins douloureuse, nous paraît préférable. En général, les dérivatifs de la peau doivent être prodigués quand l'ophthalmie s'est manifestée à la suite de la délitescence d'une autre irritation, quelle qu'elle soit, et surtout d'une irritation de la peau.

La diète est nécessaire, indispensable dans le traitement de l'ophthalmie aiguë, comme dans celui de toute inflammation; mais il n'est pas nécessaire de la rendre aussi sévère que dans les cas de gastrite par exemple; elle ne doit être portée à l'extrême que dans les cas où l'ophthalmie intense, profonde, menace l'existence des parties les plus délicates de l'œil; il faut encore qu'elle soit des plus rigoureuses quand on

veut prévenir l'inflammation à la suite d'une opération grave pratiquée sur le globe de l'œil.

Quand l'inflammation est très-vive et se propage dans l'intérieur de l'œil, les émissions sanguines, la diète, les boissons froides, les bains de pieds chauds, sont les seuls moyens qu'on puisse prescrire ; tout dérivatif, tant soit peu irritant, peut accroître la phlegmasie de l'œil.

On doit au contraire réitérer les dérivatifs sous toutes les formes dans l'ophthalmie chronique, et ne point se montrer trop sévère sur l'article du régime, pourvu que le sujet vive sobrement et renonce à tout excès de table, et souvent même à l'eau rougie la plus légère. Une frugalité inaccoutumée a guéri plus d'ophthalmies invétérées que les mille et un remèdes prônés par le charlatanisme.

L'emploi de tout topique autre qu'un liquide mucilagineux, dans l'ophthalmie aiguë, est peu rationnel et toujours dangereux. Cependant il n'est pas de praticiens, d'oculistes, qui n'emploient en pareil cas, quelquefois avec succès, plus souvent avec de graves revers, des onguens, des collyres dans lesquels entrent l'acétate de plomb, l'opium, l'alun, l'oxide rouge de mercure, et mille autres substances astringentes, narcotiques ou toniques. Il faut avouer que ces topiques dissipent quelquefois, comme par enchantement, les ophthalmies, même aiguës, contre lesquelles on les emploie ; il faut dire surtout qu'on leur doit la guérison d'un assez bon nombre d'ophthalmies chroniques. Mais il y a des dangers pour les malades à mettre de pareils moyens en usage ; il faut, pour le faire impunément, qu'il y ait peu ou point de douleur ; même dans ce cas, on a le chagrin de voir le plus souvent l'inflammation redevenir intense sous l'empire de ces moyens ; heureusement cette recrudescence est de peu de durée, quand on procède avec précaution : ainsi on peut user avec réserve de ces moyens, mais seulement quand la maladie est chronique, et lorsque tous les autres ont échoué.

Les suites de l'ophthalmie exigent les mêmes moyens de traitement quand l'inflammation persiste avec elles ; mais, quand l'inflammation n'existe plus, l'indication doit se tirer uniquement de l'état des parties dont l'organisation se trouve lésée, en évitant toutefois, autant qu'il est possible, de renouveler l'inflammation, ou d'exaspérer l'inflammation interne, qui si souvent persévère à un degré obscur.

Le traitement de l'ophthalmie périodique doit être, pendant la durée de ses accès, le même que celui de l'ophthalmie continue. Dans l'intervalle, les dérivatifs les plus énergiques doivent être mis en usage ; il faut enfin recourir au quinquina, ainsi que dans toutes les irritations intermittentes. Nous ne

pouvons en dire davantage sur une maladie rare et peu connue.

Il a régné en Italie, et il règne actuellement en Angleterre et plus encore en Prusse, une ophthalmie qui sévit particulièrement sur les soldats, et qu'on appelle *ophthalmie d'Egypte*, parce qu'on la suppose origiuaire de ce pays et parvenue, par la contagion, en Italie, en Angleterre et en Allemagne, au moyen des armées françaises et anglaises qui ont combattu en Egypte. S'il en était ainsi, l'ophthalmie pourrait être contagieuse. Nous avons dit ailleurs que le jour viendrait peut-être où l'on reconnaîtrait que toute inflammation est plus ou moins susceptible de se propager; mais de cette supposition hardie à des vérités de fait il y a loin, et nous attendons que l'ophthalmie d'Egypte règne en France pour décider qu'elle a pu passer en Prusse sans pénétrer chez nous avec les débris de notre illustre armée d'Orient.

OPHTHALMIQUE, adj., *ophthalmicus;* qui concerne l'œil, ou qui a rapport à cet organe.

L'*artère ophthalmique* naît de la courbure que forme la carotide interne sous l'apophyse clinoïde antérieure, à la partie inférieure et externe du nerf optique. Son trajet dans le crâne est fort court. Avant de quitter cette cavité, elle donne un petit rameau destiné pour la dure-mère, et qu'on a désigné sous le nom d'artère méningée moyenne. Ce rameau est quelquefois remplacé par deux autres plus petits. Le tronc de l'artère sort du crâne par le trou optique. Au moment où elle traverse cette ouverture, elle fournit, entre les extrémités postérieures des muscles droits, grand oblique de l'œil et releveur de la paupière supérieure, auxquels elle donne quelques ramuscules, une branche fort déliée, qu'on nomme artère centrale de la rétine. Celle-ci perce l'enveloppe du nerf optique, plus ou moins loin du globe de l'œil, s'enfonce à peu près jusqu'au centre de sa substance, l'accompagne jusqu'à l'œil, traverse la lame criblée qui donne passage à sa partie médullaire, et se divise en une multitude d'artérioles qui se répandent dans le tissu de la rétine. On admet généralement qu'après avoir fourni des artérioles latérales à la rétine, l'artère centrale pénètre dans le milieu du corps vitré, où elle se divise en une multitude de ramuscules infiniment déliés, qui se répandent à la surface des cellules de la membrane hyaloïde, et que, parmi ces ramuscules, il s'en trouve qui percent cette dernière, arrivent jusqu'à la capsule cristalline, percent même cette membrane, et se plongent dans le cristallin. On dit même que plusieurs parviennent, dans le fœtus, à la face antérieure de la capsule, et gagnent la membrane pupillaire. Ribes nie tous ces faits, quoique Sœmmerring les ait décrits et figurés

avec le plus grand soin, et il prétend qu'aucun vaisseau rouge ne se rencontre dans les membranes hyaloïde et cristalloïde. Son opinion n'a encore été ni adoptée, ni examinée. Quoi qu'il en soit, lorsque l'artère ophthalmique entre dans l'orbite, elle se place au côté externe et inférieur du nerf optique; mais sur-le-champ elle se contourne de dehors en dedans, et passe entre ce nerf et le muscle droit supérieur de l'œil, pour gagner la paroi interne de l'orbite, le long de laquelle elle marche, entre le muscle grand oblique et droit interne, jusqu'à la poulie cartilagineuse du premier. Dans ce trajet elle donne les artères CILIAIRES, puis la LACRYMALE, diverses artérioles, appelées musculaires, qui se distribuent aux muscles de l'œil; les ETHMOÏDALES, qui passent par les trous orbitaires internes, et la SUS-ORBITAIRE. Alors elle se dirige vers le grand angle de l'œil, où elle se partage en quatre branches, la SURCILIÈRE, qui se perd dans le front; la NASALE, qui se distribue à l'extérieur du nez; et les PALPÉBRALES, distinguées en supérieure et inférieure.

Le *ganglion ophthalmique* est le plus petit de tous ceux qu'on connaît dans le corps de l'homme. Il se trouve sur la partie externe du nerf optique, à quelques lignes de l'endroit où ce nerf pénètre dans l'orbite, immédiatement au-dessous de l'artère ophthalmique, et dans le lieu où elle décrit une courbe autour du nerf optique. Sous une tunique consistante, quoique molle, et jaune blanchâtre, il renferme une substance médullaire d'une teinte et d'une densité à peu près uniformes partout. Sa forme est allongée et à peu près quadrilatère. Toujours il est entouré de beaucoup de graisse et de peu de tissu cellulaire. La distance qui le sépare de la fente sphénoïdale varie beaucoup. Les anatomistes lui donnent deux racines, une longue et une courte. La première provient du rameau nasal du nerf ophthalmique, et quelquefois de ce dernier lui-même, en même temps que le nasal. Avant d'arriver à l'angle postérieur et supérieur du ganglion, elle s'unit, par le moyen d'un ou deux filamens, avec la branche supérieure de la troisième paire. Quant à la racine courte, elle provient soit de la branche inférieure du nerf de la troisième paire, soit d'un des rameaux de cette branche, soit enfin du filet destiné au muscle petit oblique, ce qui est le plus ordinaire. Elle communique avec l'angle postérieur et inférieur du ganglion. Bock a démontré que ce dernier reçoit aussi des filets du grand sympathique. Il a trouvé sur la troisième courbure de l'artère carotide, dans l'intérieur du sinus caverneux, un petit ganglion d'où partent deux filets qui se contournent de dedans en dehors autour du tronc de la troisième paire, et remontent vers la branche nasale de la cinquième. De la partie anté-

3.

rieure du ganglion ophthalmique se détachent douze à seize nerfs fort déliés, et partagés en deux faisceaux distincts, qu'on appelle CILIAIRES.

Les *veines ophthalmiques* sont au nombre de deux, et n'accompagnent pas le système artériel. On les distingue en cérébrale et faciale. La faciale, liée par un filet à la veine faciale interne, prend naissance par deux racines, dont l'interne est la veine sous-orbitaire. Elle se courbe ensuite de bas en haut et de dehors en dedans, reçoit dans son trajet un rameau fourni par la veine ciliaire inférieure et externe, et par un filet accessoire au rameau postérieur de la veine ophthalmique cérébrale, un autre rameau par le moyen duquel elle s'anastomose avec le tronc de cette dernière, la veine ciliaire antérieure, augmentée des filets qui proviennent du muscle droit externe, un rameau qui réunit les filets du muscle droit inférieur, et enfin la veine ciliaire externe. De là elle tourne autour du nerf optique, et se termine dans la veine ophthalmique cérébrale. Cette dernière résulte du concours des deux précédentes et de la faciale interne. Par une légère inflexion elle passe au-delà du nerf optique, et elle reçoit dans sa route cinq veines qui sont : une veine du muscle droit supérieur et du releveur de la paupière supérieure; une autre de la glande lacrymale, qui, après avoir reçu les filets de cette glande et ceux du releveur de la paupière, s'anastomose avec la veine ciliaire supérieure; une troisième veine du muscle droit supérieur, la veine ethmoïdienne postérieure, qui, plus profonde, se rend transversalement de la paroi interne de l'orbite sous le nerf optique, et, après quelques inflexions, passe dans le sinus caverneux, au côté externe du nerf optique; enfin la veine centrale de la rétine, qui prend les vénules de l'enveloppe du nerf optique et du tissu adipeux. Elle s'abouche dans le sinus caverneux, après avoir traversé la fente orbitaire inférieure.

Les *lymphatiques ophthalmiques* n'ont pas encore été reconnus jusqu'à ce jour.

Le *nerf ophthalmique* est la première, la plus supérieure et la plus mince des trois branches du ganglion de la cinquième paire. A l'endroit où il se détache, les faisceaux qui le composent sont disposés presque parallèlement les uns aux autres, ce qui lui donne un aspect rubané. C'est la branche qui s'éloigne le moins de la direction du tronc principal. A son origine, la cloison qui existe entre le tronc de la cinquième paire et le sinus caverneux, ne la sépare pas complétement de ce dernier, dont elle longe la partie externe. En cet endroit elle communique avec le nerf grand sympathique. En gagnant la fente sphénoïdale, par laquelle elle sort du crâne, elle couvre en dehors les nerfs de la troisième et de la sixième paires, et

celui de la quatrième marche le long de son bord supérieur. Avant même de paraître dans l'orbite, le nerf ophthalmique se divise en trois branches, fortement serrées l'une contre l'autre, et unies par un tissu cellulaire. Ces branches ne s'écartent et ne prennent une forme arrondie que dans l'intérieur de la cavité orbitaire. On les nomme FRONTALE, NASALE et LACRYMALE.

OPHTHALMOSTATE, s. m.; nom donné par les oculistes à divers instrumens dont l'usage est de fixer l'œil, et de le rendre immobile dans l'opération de la cataracte.

Le plus ancien ophthalmostate est un anneau ovalaire qu'on plaçait sur l'œil, dont la partie antérieure s'engageait dans son ouverture, et qui, le plus souvent simple, était souvent armé de parties accessoires propres à écarter les paupières. Comme on reconnut bientôt que cet anneau était insuffisant pour empêcher les mouvemens du globe oculaire, on en imagina d'autres qui agissaient en s'attachant à la conjonctive. Tels sont la double airigne de Bérenger, la pince de Lecat, le dard ou la pique de Pamard, le dard de Casaamata, le dez de Demours, etc. Tous ces instrumens sont nuisibles : ils irritent gravement l'œil, le compriment, occasionent des douleurs assez vives, ajoutent même à la force des contractions musculaires par la gêne qu'ils causent, et augmentent la disposition du globe à se vider de ses humeurs. Un chirurgien habile s'abstient toujours d'y recourir.

OPHTHALMOXYSE, s. f., *ophthalmoxysis ;* nom particulier qu'on a donné aux scarifications pratiquées sur la conjonctive. On s'est servi pour cette petite opération, utile dans quelques cas, de la pierre ponce, d'un os de sèche, d'une feuille de figuier, d'une palette dont la surface était en forme de râpe, d'un bouton olivaire garni d'aspérités, d'un pinceau de barbe d'orge, etc. Tous ces moyens sont mauvais. Ils produisent des déchirures douloureuses et difficiles à guérir. Dans tous les cas où il peut être utile de scarifier la cornée, il faut avoir recours au bistouri promené légèrement à la surface, ou enfoncé plus ou moins profondément dans son tissu boursoufflé, comme lorsque l'inflammation est portée au point de produire un chémosis considérable.

OPIACÉ, adj., *opiaceus ;* épithète donnée à tous les médicamens qui contiennent de l'opium.

OPIAT, s. m., *opiatum ;* préparation pharmaceutique, le plus souvent magistrale, de consistance molle, simple ou composée, dans laquelle il entre de l'opium. Ce nom a surtout été donné à des électuaires ; mais, parmi les substances qui l'ont reçu, toutes ne contiennent pas d'opium. Le mot *opiat* a donc une acception assez vague dans le langage des

pharmaciens. Peu importe au reste ; car chaque jour les médecins se dégoûtent de plus en plus de l'emploi des médicamens composés qu'on désignait sous ce nom, et à la composition desquels l'empirisme seul avait présidé.

OPIUM, s. m., *opium;* suc épaissi d'une espèce de PAVOT, *papaver somniferum.*

La plante qui fournit cette substance, de tout temps célèbre par ses grandes qualités, et dont on fait un si fréquent usage en médecine, croît naturellement dans l'Orient, d'où elle a passé peu à peu dans les contrées occidentales, et a même fini par s'acclimater chez nous, où elle fait l'ornement des parterres. Cette plante, lorsqu'elle est arrivée à un certain degré de croissance, fournit de toutes ses parties, à la moindre déchirure, un suc blanc et vireux, très-abondant, mais qui ne l'est nulle part plus que dans ses capsules, appelées vulgairement *têtes de pavot.* C'est ce suc qui contient les élémens de l'opium, et dont le rapprochement par l'art ou la concrétion passagère donne naissance à cette précieuse substance.

Il y a plusieurs manières d'obtenir l'opium. L'une d'elles consiste à faire des incisions aux capsules avant leur parfaite maturité, et aux tiges dans le voisinage de leur partie supérieure. Il découle de ces plaies un liquide blanc qui s'épaissit, se concrète bientôt, et donne naissance à des larmes, d'abord d'un jaune-clair, puis brunâtres, qu'on réunit en masses. C'est là ce que les Orientaux appellent l'*opium en larmes*, qu'ils réservent pour leur usage particulier, et qui n'arrive jamais en Europe. Un autre procédé, bien plus suivi, parce qu'il donne des produits plus abondans, consiste à cueillir les pavots lorsqu'ils sont succulens et bien verts, à les contondre, à en extraire le suc par expression, et à faire évaporer ce suc au feu et au soleil, jusqu'à ce qu'il ait pris la consistance d'extrait. C'est de cette manière qu'on prépare la plus grande partie de l'opium qui se trouve dans le commerce.

L'opium du commerce est en gâteaux arrondis ou aplatis, du poids d'une livre ou d'une livre et demie, et enveloppés dans des débris végétaux. Ces gâteaux, rougeâtres à l'extérieur, offrent une couleur noire à l'intérieur. Leur substance est compacte, percée de quelques pores, et mêlée de quelques corps étrangers. Ils exhalent une odeur nauséabonde, pénétrante, désagréable et vireuse. Leur saveur est amère. Ils sont très-lourds et cassans. La chaleur de la main les ramollit.

La cupidité porte quelquefois les marchands à falsifier l'opium avec des substances diverses, telles que des extraits de laitue sauvage, de coquelicot et de pavot indigène, ou même à y associer des substances minérales, de la terre, du sable, de la bouse de vache, des petits cailloux. Toutes ces circon-

stances contribuent à en faire un médicament infidèle, lorsqu'on l'emploie brut, et avant qu'il n'ait été purifié.

La composition de l'opium, long-temps mal connue, a été entièrement dévoilée par les travaux analytiques de Seguin, Robiquet et Suerterner. On trouve dans ce produit végétal un acide particulier, appelé MÉCONIQUE, un autre acide qui n'a pas encore reçu de nom, un alcali désigné sous le nom de MORPHINE, une matière extractive, du mucilage, de la fécule, de la résine, une huile fixe, du caoutchouc, une substance végéto-animale, des débris de fibres végétales ou d'autres corps étrangers, enfin une substance blanche et cristalline, appelée NARCOTINE. Parmi tous ces principes l'acide méconique, la morphine et la narcotine sont les seuls qui soient particuliers à l'opium.

Le nombre des préparations que l'art du pharmacien fait subir à l'opium est très-considérable. Quelques-unes ont eu pour but de perfectionner cette substance, d'ajouter à ses vertus, ou du moins de lui enlever des qualités nuisibles. C'est ainsi, par exemple, qu'on y a tour à tour ajouté des aromates, des apéritifs, des absorbans, des diaphorétiques, des diurétiques, suivant le mode d'action que les théories dominantes lui attribuaient sur l'économie animale, et suivant, par cela même, les principes, réels ou imaginaires, qu'on se proposait de combattre. Parmi ces principes, celui contre lequel on a réuni le plus d'efforts, sans chercher d'abord à s'assurer s'il existait réellement, c'est celui qu'on désignait sous le nom de narcotique. Ainsi Langelot faisait fermenter l'opium avec deux fois son poids de suc de coin, ajoutait un peu de tartre, puis du sucre, au moment de la fermentation, filtrait pour séparer le sédiment, faisait évaporer la liqueur en consistance d'extrait, redissolvait le résidu dans l'alcool, le laissait digérer pendant un mois, et le réduisait enfin en un nouvel extrait. Cette préparation, qui, d'après les apparences, n'altérait pas ou altérait peu les propriétés de l'opium, n'est plus usitée aujourd'hui. Baumé, de son côté, en introduisit une autre imaginée par Homberg, qui, se proposant d'enlever à l'opium sa partie vireuse, le faisait bouillir dans l'eau, passait la décoction, la réduisait par l'évaporation, la faisait ensuite digérer sur un bain de sable assez chaud pour la tenir presqu'à l'état d'ébullition pendant six mois, en ajoutant de l'eau à mesure qu'elle s'évaporait, enlevait ensuite le sédiment, et réduisait le liquide en extrait. Le résidu, appelé *opium préparé par longue digestion*, n'avait plus l'odeur de l'opium, et ne contenait plus les matières résineuse qu'on trouve dans ce dernier. C'était là la seule perte qu'il eût subie. Josse imagina un autre moyen d'enlever la partie vireuse : il

malaxait l'opium dans l'eau chaude jusqu'à ce qu'il ne la colorât plus, rapprochait la dissolution en consistance d'extrait, et faisait dessécher ce dernier sur des assiettes. De cette manière il enlevait le caoutchouc et les matières résineuses qui restaient entre ses doigts. Deyeux a également proposé de délayer l'opium brut dans l'eau froide, d'y ajouter de la levure de bière pour établir une fermentation à l'aide d'une chaleur de vingt à vingt-cinq degrés, de laisser la liqueur fermenter pendant quatre ou cinq jours, de la filtrer ensuite, de la faire bouillir durant plusieurs semaines, en séparant de temps en temps les dépôts qui se forment, et de terminer en évaporant jusqu'à consistance d'extrait sec.

Ces préparations, auxquelles nous aurions pu en joindre beaucoup d'autres, sont tombées en désuétude, quoique plusieurs, la dernière surtout, aient joui d'une réputation fondée plutôt sur celle de leurs auteurs, et sur l'opinion qu'on s'était faite de leurs vertus, que sur des observations positives et une expérience incontestable. On finit par reconnaître que les craintes inspirées pour le prétendu principe vireux étaient chimériques, et qu'il ne fallait rien séparer des parties solubles de l'opium. Dès ce moment on n'eut plus en vue que de débarrasser l'opium des substances étrangères dont l'avidité mercantile le surcharge presque toujours. Tel est le but des préparations connues sous le nom de *laudanum* solide et d'*opium* gommeux.

Nous avons parlé ailleurs du laudanum solide, qui est le plus simple de toutes ces préparations, et dans lequel les parties résineuses de l'opium se trouvent conservées. Afin d'obtenir l'opium improprement appelé gommeux, qui mériterait mieux le nom d'opium extractif, et qui ne contient pas ces parties résineuses, on fait digérer l'opium du commerce dans une quantité d'eau suffisante pour dissoudre toutes les parties solubles, on filtre la liqueur, et on la rapproche en consistance d'extrait. Un demi-grain de cette préparation représente presque deux grains d'opium brut, et un peu plus d'un grain de laudanum solide. C'est celle que les médecins devraient seule employer, parce qu'elle est la plus efficace, et qu'elle se prête à tous les modes imaginables d'administration.

Quant aux préparations officinales de l'opium, dont on connaît un très-grand nombre, le LAUDANUM *liquide*, le *sirop* DIACODE, et les *gouttes de Rousseau*, sont les plus célèbres, et à peu près les seules dont l'usage se soit conservé parmi les médecins. Les deux premières ayant été décrites dans d'autres articles, nous ne parlerons ici que des gouttes de Rousseau. Elles se préparent en faisant fermenter l'opium d'ans l'eau de miel, pendant un mois, à la température de vingt-quatre degrés R., évaporant ensuite la liqueur, et ajoutant de l'alcool

à vingt-deux degrés, pour faire une teinture, qu'on administre à la dose de dix ou douze gouttes.

Depuis que les chimistes ont approfondi la nature de l'opium, il s'est fait une grande révolution dans les idées des médecins à l'égard de ce médicament. « Rien, dit Magendie, ne démontre mieux l'imperfection de la science des médicamens que l'histoire de l'opium. Tour à tour proscrit comme éminemment nuisible, ou vanté comme une panacée, celui-ci veut qu'il calme et procure le sommeil, celui-ci jure qu'il est toujours excitant; moins exclusif, un autre y distingue des propriétés stupéfiantes, narcotiques, soporifiques, âcres, calmantes, etc.; partant de cette dernière donnée, les chimistes du siècle passé ont cherché à trouver dans des principes différens les diverses propriétés de l'opium. D'autre part, les médecins les plus célèbres n'ont pas dédaigné d'attacher leur nom à quelques préparations opiacées, qu'ils regardaient comme bien préférables à toute autre. Mais où sont les faits sur lesquels repose la renommée du laudanum de Sydenham, des gouttes de Rousseau, des teintures d'opium, du sirop diacode, des extraits résineux, aqueux? Sur quels motifs un praticien emploie-t-il toujours telle de ces préparations, tandis qu'il exclut toutes les autres? » On commence à employer beaucoup la MORPHINE, qui est la partie narcotique de l'opium, et l'on fait surtout usage de ses sels, entre autres l'acétate et le sulfate, qui, étant plus solubles qu'elle, exercent une action plus marquée. Ces sels s'emploient en pilules, en opiat, en potions, en juleps, à la dose d'un quart de grain à un grain, en vingt-quatre heures. Magendie a introduit l'usage du sirop d'acétate et de sulfate de morphine, dont la dose est d'une cuillerée à café de trois heures en trois heures, et qui remplace le sirop diacode avec d'autant plus d'avantage que la préparation de ce dernier est, pour ainsi dire, arbitraire. On lui doit aussi des gouttes calmantes propres à remplacer le laudanum liquide, les gouttes de Rousseau et la teinture d'opium. Ces gouttes ne sont qu'une simple dissolution d'acétate de morphine, à laquelle on ajoute de l'alcool et un peu d'acide acétique pour maintenir le sel dissous. La dose est de six à vingt-quatre gouttes.

Aucun médicament n'a été prôné autant que l'opium, et c'est sans doute parce que, dans beaucoup de cas, il est le plus puissant des calmans; mais son action est toujours passagère, à moins qu'elle ne soit intense au point de faire cesser la vie; souvent il développe une propriété irritante très-fâcheuse; souvent aussi en même temps qu'il calme la douleur, il produit de graves inconvéniens; enfin c'est rarement un remède curatif, c'est parfois un très-bon palliatif momentané; et,

quand il est mal dirigé, il peut causer des maux plus grands que ceux qu'on veut guérir en en faisant usage. Cependant Sydenham a dit que l'opium était le plus universel et le plus efficace de tous les biens accordés par la providence à l'homme pour adoucir ses maux. Ce remède, ajoute-t-il, est si nécessaire à la médecine qu'elle ne saurait absolument s'en passer. Un médecin qui saura le manier comme il faut, fera des choses surprenantes et qu'on n'attendrait pas aisément d'un seul remède; car ce serait être peu instruit de sa vertu que de l'employer seulement pour procurer le sommeil, calmer les douleurs, arrêter la diarrhée; l'opium est un excellent cordial, et presque l'unique qu'on ait découvert jusqu'à présent. Il est évident que Sydenham voyait dans l'opium une sorte de panacée, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il n'employait guère que son laudanum, dans lequel, ainsi que nous l'avons dit, le vin d'Espagne, le safran, la cannelle et le girofle sont unis à l'opium cru, composition monstrueuse imitée de la thériaque, et dont on n'a pas moins abusé que de cette dernière. Sydenham employait l'opium dans les fièvres, notamment dans les fièvres typhodes, dans la variole, la dysenterie. Cullen le recommandait dans les fièvres intermittentes, dans l'asthme, dans la jaunisse, dans la gonorrhée, dans la pyrose, dans la colique, le tétanos, la manie, l'épilepsie, l'odontalgie; il le faisait prendre avec les aromatiques dans la goutte *rentrée*. Son commentateur Bosquillon le croyait en même temps stimulant et sédatif; il pensait avec Stahl que ce médicament augmente les congestions, qu'il est nuisible dans les inflammations, dans la goutte régulière, et qu'uni aux sels neutres il est fébrifuge, et puissamment sudorifique, de même que lorsqu'on le joint à un vomitif. Selon Brown, l'opium n'est point un sédatif, mais le plus puissant des stimulans; ce n'est point non plus un somnifère spécifique. Ses raisons étaient que l'opium produit sur les Turcs les mêmes effets que le vin sur nous; que l'opium guérit, contre tout espoir et contre les principes de ses devanciers, les fièvres, la goutte, la dyspepsie, la colique, l'asthme et toutes les affections spasmodiques et convulsives, en un mot toutes les maladies asthéniques. *Non, je le jure*, disait-il, *l'opium n'est point sédatif;* c'est au contraire de tous les moyens propres à conserver la vie et à rétablir la santé, c'est, de tous les remèdes, le plus héroïque et le plus précieux. En un mot, l'opium n'était pour lui que *le plus énergique des stimulans*. Schwilgué, qui écrivait en partie d'après ses observations sur l'homme, ses expériences sur les animaux, et en partie d'après les auteurs les plus célèbres, a décrit en peu de mots l'action de l'opium. Administré, dit-il, à la dose d'un cinquième de grain, en renouvelant cette

dose à des intervalles variés et l'augmentant graduellement, de manière à l'élever jusqu'à un grain et plus, il augmente le ton de l'estomac, rend le pouls plus fort et plus plein, la chaleur plus considérable, la transpiration plus abondante, excite les fonctions encéphaliques, ou provoque le sommeil. L'emploi de ce médicament est ordinairement suivi de la constipation; la sueur et l'urine en prennent quelquefois l'odeur; cette excitation est prompte, intense, mais momentanée. Administré à trop haute dose à la fois, l'opium peut déterminer le vomissement, la paralysie momentanée du conduit alimentaire et l'inflammation de sa membrane muqueuse. Il peut produire le narcotisme, ou un état d'agitation nerveuse, d'excitation momentanée très-forte des fonctions de l'encéphale, provoquer l'accélération de la circulation, la phlegmasie d'organes éloignés, par exemple du poumon, et enfin occasioner la mort par une congestion cérébrale mortelle. L'habitude modifie beaucoup son action, elle prévient le narcotisme; les Orientaux et quelques hommes de notre pays qui ont vécu en Orient, prennent des doses énormes et journalières de ce médicament, sans en éprouver d'autres effets qu'une vive excitation qui leur est fort agréable. Les femmes, les enfans et les sujets menacés d'une congestion sanguine vers l'encéphale éprouvent plus facilement les accidens narcotiques; l'opposé s'observe chez les adultes, beaucoup de maniaques, les malades en proie à une vive douleur. Nysten remarque avec beaucoup de raison que l'opium ne doit jamais être employé comme tonique, et que, dès qu'on le donne à dose suffisante pour produire des effets appréciables, il diminue l'appétit au lieu de l'exciter; et il ajoute, avec une rare sagacité, que les substances qui nuisent aux fonctions de l'estomac ne conviennent pas pour produire l'excitation générale; que, donné à trop faible dose pour produire le narcotisme, il détermine au moins un état voisin de l'ivresse, et n'excite les fonctions cérébrales qu'en les troublant et déterminant une grande faiblesse dans le système musculaire; que, s'il augmente la largeur du pouls, il le rend plus rare, en déterminant un état voisin de l'apoplexie dans le cerveau. Il pense que ce médicament ne doit être employé que dans les phlegmasies muqueuses, même encore aiguës, du conduit intestinal, lorsque la sécrétion muqueuse est tellement augmentée qu'elle fait craindre la chute des forces, et dans les hémorragies actives, dès que l'évacuation du sang est considérable. Barbier d'Amiens considère l'opium comme le plus puissant des agens qu'il a rassemblés sous le nom de narcotiques. Suivant lui, ce médicament affaiblit la sensibilité, diminue la vitalité des organes, modifie singulièrement l'action du cerveau et l'influence nerveuse. On s'en sert,

dit-il, pour éteindre les irritations qui s'allument dans les voies digestives, et qui donnent lieu à des coliques, à la diarrhée, à des déjections dysentériques; pour calmer une toux sèche, établir une expectoration salutaire, amener une détente favorable dans l'appareil respiratoire; pour dissiper un spasme douloureux des organes urinaires, rétablir la sécrétion, le cours des urines; pour affaiblir une exaltation, réprimer une aberration de la sensibilité, faire cesser des douleurs, des tiraillemens, soit en attaquant la cause qui fait souffrir, soit en diminuant la faculté de sentir; enfin pour dissiper les tremblemens, les convulsions, les contractions fixes des membres.

Après cette lecture on se demande : l'opium est-il absolument sédatif, narcotique, tonique, excitant, constipant? ou bien augmente-t-il les sécrétions? Le fait est que, dans certaines circonstances mal connues, l'opium produit un seul ou plusieurs de ces effets. Il calme la douleur, provoque le sommeil, agrandit le pouls et le rend plus rare, quelquefois l'accélère, détermine la prostration musculaire ou parfois des convulsions, calme les spasmes, dissipe les mouvemens convulsifs, guérit le tétanos, provoque la sueur, d'autres fois l'urine, détermine ordinairement la constipation, prévient les érections, d'autres fois les provoque, favorise l'éruption des phlegmasies de la peau, détermine des congestions cérébrales, pulmonaires, etc.

Ce qu'il y a de certain, au milieu de ce chaos d'effets opposés, c'est que rien n'est plus rare que de voir l'opium déterminer un sommeil calme, réparateur, rafraîchissant, après avoir calmé une vive douleur; et que, pour qu'il produise ces heureux résultats, il faut que l'estomac ne soit point irrité, le cœur point ému, l'encéphale sans symptôme d'afflux, et qu'il n'y ait point de suppuration en train. Or, dans quelle maladie se trouvent réunies ces circonstances? Dans aucune, si ce n'est dans les plaies d'armes blanches, ou tout au plus d'armes à feu, dans les fractures, en un mot dans quelques cas traumatiques, et à la suite des opérations pratiquées sur des sujets sains d'ailleurs, enfin dans quelques névroses douloureuses ou spasmodiques. En définitive l'opium ne doit guère être employé que dans ces circonstances; tous les autres effets qu'on voudrait en obtenir, on les obtient à l'aide d'autres moyens dont l'action est moins incertaine. Encore même dans les cas que nous venons d'indiquer, l'opium manque souvent son effet narcotique, et ne produit qu'un engourdissement, avec un sentiment de malaise, d'appesantissement désagréable. Nous croyons pouvoir conclure que l'opium n'est point un sédatif absolu, qu'il est faux que ce soit un tonique, comme on l'entend, et qu'il ne produit les divers effets qu'on lui attribue qu'en occasionant un afflux tantôt plus, tantôt moins considé-

rable vers le cerveau, que c'est là son seul effet constant, que tous les autres sont éventuels, dépendent de circonstances difficiles à constater, à calmer, à produire; en un mot, que l'opium est un médicament infidèle, souvent dangereux, dont il faut user prudemment, et qu'il n'est guère de phlegmasie dans laquelle on doive l'employer; que les irritations nerveuses les moins intenses, ou la douleur par cause mécanique, sont les seuls cas où l'on en tire de grands avantages.

OPODELDOCH, ou OPODELTOCH, s. m. On désigne sous le nom de *baume opodeldoch*, une composition savonneuse, qui se prépare de la manière suivante. On fait liquéfier ensemble de la moelle de bœuf préparée et de la potasse, à un feu doux, en remuant avec une spatule, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un savon soluble en totalité dans l'eau. Cela fait, on dissout ce savon dans l'eau bouillante. A la dissolution on ajoute une solution d'hydrochlorate de soude, qui fait aussitôt précipiter le savon. Dès que ce dernier est refroidi, on le passe à travers un linge, en exprimant, et on le fait sécher. Alors on l'introduit, coupé par morceaux, avec de l'alcool, de l'eau distillée de thym et du camphre, dans un matras à long col, dont l'ouverture est bouchée par une vessie retenue par un lien, mais percée de trous, pour permettre l'accès de l'air. On fait liquéfier le mélange au bain-marie, on le passe chaud; et, quand il est un peu refroidi, on y ajoute des huiles essentielles de romarin et de thym et de l'ammoniaque camphrée. L'usage est de verser le savon opodeldoch ainsi obtenu dans des flacons cylindriques à large embouchure.

Ce médicament ne sert qu'à l'extérieur. Il passe pour résolutif, nervin et vulnéraire. De ces propriétés, et plus encore de la nature des substances qui entrent dans sa composition, on doit conclure qu'il agit en irritant les parties sur lesquelles on l'applique; et cette action de sa part ne doit jamais être perdue de vue dans les cas où l'on y a recours.

OPOPANAX, s. m.; gomme-résine qui découle, dit-on, du *pastinaca opopanax*, plante de la famille des ombellifères. Elle vient de Syrie. On la rencontre dans le commerce sous la forme de grumeaux irréguliers, et quelquefois sous celle de larmes très-variables pour la grosseur. Sa couleur est le rouge-brun à l'extérieur; elle a une nuance plus pâle, variée de rouge et de jaune, à l'intérieur. Son odeur est forte et peu agréable, sa saveur amère et chaude. Pelletier y a trouvé de la résine, de la gomme, de l'extractif, de l'amidon, de l'acide malique, du ligneux, de la cire, de l'huile volatile et quelques traces de caoutchouc.

Excitante, comme toutes les gommes-résines, cette substance a été employée autrefois dans les affections catarrhales

de la poitrine et dans l'aménorrhée. On l'a aussi regardée comme antispasmodique, et on l'a également appliquée à l'extérieur pour résoudre les engorgemens squirreux et les gonflemens des ganglions lymphatiques. Aujourd'hui on ne s'en sert presque jamais. La dose ordinaire est de dix grains à un scrupule. A celle d'un demi-gros ou un gros, elle produit ordinairement un effet purgatif.

OPPOSANT DU PETIT DOIGT, adj. et s. m., *opponens digiti minimi;* muscle pair de la main, qui s'étend du ligament annulaire et de l'apophyse unciforme au bord interne du cinquième os du métacarpe, le long duquel il se termine par des fibres aponévrotiques très-marquées. Une expansion aponévrotique du cubital postérieur, l'adducteur et le court fléchisseur du petit doigt le recouvrent. Lui-même est appliqué sur le tendon du fléchisseur commun qui va au petit doigt, sur l'interosseux correspondant et sur le dernier os métacarpien. Il porte cet os en devant et en dehors, de manière à augmenter la concavité de la paume de la main.

OPPOSANT DU POUCE, adj. et s. m., *opponens pollicis*, muscle pair de la main, placé dans la région palmaire externe, où il s'étend du ligament annulaire, de l'os trapèze et d'une cloison aponévrotique qui le sépare du court fléchisseur du pouce, au bord externe du premier os du métacarpe, et quelquefois un peu au tendon du muscle grand abducteur du pouce. Sa figure est triangulaire. Il est recouvert par le petit abducteur et par la peau sur les côtés. Il recouvre l'articulation du trapèze avec le premier os du métacarpe, le côté antérieur de celui-ci et un peu le petit fléchisseur. Le mouvement de rotation qu'il imprime au premier os métacarpien oppose le pouce aux autres doigts de la main.

OPPRESSION, s. f., *oppressio;* état de la poitrine dans lequel la respiration éprouve de la gêne, et s'exerce péniblement. On dirait que la poitrine est comprimée par un poids ou par une puissance qui l'empêche de se dilater. En effet, ce phénomène est dû à l'engorgement du parenchyme pulmonaire, d'où résulte la diminution du calibre des voies aériennes. Les médecins se servent quelquefois du mot *oppression des forces* pour désigner une faiblesse plus apparente que réelle. Cette expression était surtout fort usitée parmi les brownistes. Au reste les gens du monde emploient bien plus fréquemment que les médecins, le mot *oppression*, dont le sens est très-vague, et qui doit, par conséquent, être banni du langage médical rigoureux.

OPTIQUE, s. f. *optice;* partie de la physique qui traite des phénomènes dus à la propagation de la lumière en ligne droite et en rayons divergens.

OPTIQUE, adj., *opticus;* qui concerne la vision ou la vue.

Les *couches optiques* sont deux grosses éminences blanches, placées l'une à côté de l'autre à la partie moyenne des ventricules latéraux du cerveau, et dans l'écartement des extrémités postérieures du corps cannelé, qui laissent entre elles une solution de continuité connue sous le nom de troisième ventricule. Ces éminences sont unies, à la partie antérieure de leur face interne, par une petite bande arrondie de substance grise, qu'on appelle la commissure molle. En arrière, elles présentent trois tubercules disposés en triangle, dont deux sont nommés corps genouillés. *Voyez* CERVEAU.

Les *nerfs optiques*, seconde paire des anatomistes modernes, doivent leur nom à ce que l'expansion qui les termine sert à faire percevoir les images des objets. Chacun d'eux tire son origine de deux racines, dont la plus volumineuse provient des éminences *nates* et du corps genouillé externe, tandis que la plus petite naît de la couche de substance médullaire amorphe qui est située à la surface de la couche optique. Les deux racines, unies ensemble, sous la forme d'un petit ruban, entourent les jambes du cerveau, et descendent d'abord de dedans en dehors; mais bientôt elles changent de direction, et se portent en dedans, aussi bien qu'en avant et en haut, jusqu'au devant de la tige pituitaire. Là les cordons des deux côtés se rapprochent de la ligne médiane, et s'unissent l'un à l'autre, sur la selle turcique, de manière à former un véritable ganglion de forme carrée. Après avoir produit ce ganglion, les nerfs optiques se séparent. Chacun est alors devenu un cordon arrondi, qui se porte en dehors et en avant, vers le trou optique, par lequel il sort du crâne, avec l'artère ophthalmique, à la partie supérieure et interne de laquelle il se trouve. En traversant ce trou, le nerf éprouve un léger rétrécissement, et il change encore de direction, car il se courbe un peu en dehors et en bas. Arrivé dans l'orbite, il s'y trouve entouré par les extrémités postérieures des quatre muscles droits de l'œil. D'abord il continue un peu de marcher au dehors et en bas; mais il ne tarde pas à se diriger en dedans, pour aller gagner la partie interne et inférieure de l'œil. En pénétrant dans cet organe il éprouve un léger resserrement qui lui donne l'apparence d'un cône obtus. Au devant de la choroïde il s'épanouit en une membrane molle et pulpeuse, qu'on appelle RÉTINE.

Les opinions sont partagées relativement au mode d'union des nerfs optiques, qui ne font que s'accoller suivant les uns, mais qui s'entre-croisent réellement selon d'autres, et qui, d'après d'autres encore, ne se croisent qu'à leur partie interne. Cette dernière opinion a acquis un haut degré de vraisemblance

d'après les recherches de Treviranus ; elle en a surtout plus que celle selon laquelle il s'opérerait, dans le chiasma des nerfs optiques, un mélange intime de leurs fibres, ou plutôt de leur partie médullaire, en sorte que ce seraient réellement des nerfs nouveaux qui émaneraient des ganglions.

Le nerf optique reçoit de la pie-mère une enveloppe épaisse qui forme une gaîne commune à tous ses filets, mais se partage intérieurement en un grand nombre de canaux longitudinaux qui contiennent la substance médullaire. La pie-mère seule l'enveloppe dans le crâne ; mais, quand il sort de cette cavité pour passer dans l'orbite, la dure-mère lui fournit une seconde enveloppe. Après avoir parcouru la longueur du trou optique, cette membrane se partage en deux lames, dont l'externe s'unit au périoste de l'orbite, tandis que l'interne accompagne le nerf jusqu'au globe de l'œil.

Le *trou optique*, percé à la base des petites ailes du sphénoïde, est légèrement aplati de haut en bas. Il a une direction oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant. Il forme un conduit très-court, par lequel passent le nerf optique et l'artère ophthalmique.

OR, s. m., *aurum* ; métal connu dès la plus haute antiquité, qu'on a pendant long-temps regardé comme le plus parfait de tous, et qu'on considère encore aujourd'hui comme le plus précieux. Il est solide, jaune, très-brillant, inodore et insipide. C'est le plus malléable et le plus ductile de tous les corps connus, puisqu'on peut le réduire en fils très-fins, et en feuilles de $0^{m},00009$ d'épaisseur. Il a aussi une très-grande dureté, mais peu de tenacité. Sa pesanteur spécifique est de 19,257. On l'a obtenu cristallisé en pyramides quadrangulaires.

L'or est répandu dans toute la nature, comme le fer ; mais il s'y trouve souvent en si petite quantité, qu'on a de la peine à constater sa présence. Cependant il y a peu de terres qui n'en contiennent au moins quelques parcelles, et il existe même dans la cendre des végétaux, d'où Berthollet en a retiré jusqu'à quarante grains par quintal. Mais l'or a encore, comme les autres métaux, ses mines proprement dites. Il n'y existe qu'à l'état natif, ou combiné avec très-peu d'argent, de cuivre, ou de fer. Il est tantôt cristallisé diversement, tantôt sous forme de rameaux, de filamens, de paillettes et de grains disséminés dans des gangues de nature diverse. En général on ne rencontre les mines de ce métal que dans les terrains primitifs, d'où il est entraîné dans ceux d'alluvion et dans le lit des rivières. Les principales mines sont celles de la Transylvanie en Europe, celles de la Sibérie en Afrique, celles de Kordofan et du pays de Sofala en Afrique, enfin celles du Brésil, du Chili, du Pérou et du Mexique en Amérique.

L'or n'est pas aussi fusible que l'argent, mais il l'est plus que le fer et le platine : il entre en fusion à environ trente-deux degrés du pyromètre de Wegdwood ; on peut cependant le fondre dans un fourneau à réverbère. Il ne se volatilise pas au feu de forge, et n'exerce aucune espèce d'action, soit à chaud, soit à froid, sur le gaz oxigène, ni sur l'air. On peut tout au plus le combiner avec l'oxigène par une forte décharge électrique ; encore même plusieurs chimistes pensent-ils que la poudre purpurine qu'on obtient dans cette expérience n'est pas un oxide, mais seulement de l'or très-divisé. Il s'allie à presque tous les métaux, et s'unit au phosphore, au soufre, au chlore et à l'iode.

Les chimistes admettent deux oxides d'or, dont aucun n'existe dans la nature. Le peroxide, brun lorsqu'il est sec, jaune-rougeâtre à l'état d'hydrate, paraît jouer plutôt le rôle d'acide que celui de base, car il se combine très-bien avec les alcalis, et fort difficilement avec les acides, même les plus forts. Plusieurs procédés ont été imaginés pour l'obtenir ; le meilleur consiste à faire chauffer une solution d'hydrochlorate d'or avec un excès de magnésie, qui s'empare de l'acide hydrochlorique, et précipite l'oxide, avec lequel elle se combine en partie ; on lave alors le précipité, puis on le traite par l'acide nitrique étendu d'eau, qui dissout la magnésie ; l'oxide reste à l'état d'hydrate. Berzelius admet en outre un protoxide qui reste, suivant lui, en combinaison avec l'acide hydrochlorique, lorsqu'on fait évaporer la dissolution d'or jusqu'à siccité, et qu'on chauffe ce sel jusqu'au point où il ne laisse plus dégager de chlore.

Le phosphure d'or est brillant, jaune, cassant, grenu, et décomposable par le feu. On l'obtient en projetant des morceaux de phosphore sur de l'or chauffé au rouge.

Le chlorure d'or se fait en plongeant des feuilles d'or dans du chlore gazeux ou dans du chlore liquide. Il a une saveur caustique et astringente, attire puissamment l'humidité de l'air, se dissout dans l'eau en toutes proportions, colore les matières végétales et animales en pourpre violet, perd son chlore par l'action de sa chaleur, et se trouve décomposé par l'hydrogène et par l'acide hydrosulfurique. C'est avec la solution de ce composé qu'on prépare l'or fulminant et le précipité pourpre de Cassius, le premier en y versant de l'ammoniaque liquide, le second en y ajoutant du chlorure d'étain. Dissous dans les huiles volatiles, il constitue les gouttes du général de Lamotte, autrefois si célèbres. Sa dissolution dans l'éther sert pour dorer.

L'or avait été diversement appliqué aux usages de la médecine par les alchimistes et les charlatans des siècles passés ; mais les propriétés miraculeuses, dont la jonglerie et la cré-

dulité l'avaient décoré, étaient oubliées, lorsqu'en 1810 Chrestien entreprit de les remettre en honneur, et y réussit jusqu'à un certain point. Ce médecin conseilla de recourir à l'or dans le traitement des maladies syphilitiques et lymphatiques. Les préparations qu'il emploie sont l'or métallique divisé, l'oxide d'or précipité par la potasse, le pourpre minéral de Cassius, le chlorure ou hydrochlorate d'or, et l'hydrochlorate d'or et de soude. Il administre le sel triple en en mêlant une partie avec deux de poudre de réglisse et d'iris de Florence. Quant aux autres préparations, il les associe aux extraits végétaux, les combine au sucre, ou les délaye dans des sirops. Pour l'usage externe, il les unit au cérat et au saindoux. Suivant Chrestien, « le chlorure d'or est infiniment plus actif que le sublimé corrosif, mais il est moins irritant pour les gencives; administré à la dose d'un dixième de grain par jour, il a occasioné dans un cas une forte fièvre. L'excitation qu'il cause, restreinte dans de justes bornes, ne s'accompagne jamais de lésions notables ou même sensibles des fonctions. La bouche est bonne, la langue humectée, l'appétit se soutient, les déjections alvines n'éprouvent aucun dérangement, il n'y a pour l'ordinaire qu'une augmentation dans les urines et dans la transpiration; mais, en poussant la dose trop loin, on court le risque de déterminer un éréthisme général, l'inflammation même de tel ou tel autre organe, suivant les dispositions de l'individu. La fièvre s'annonce par une chaleur insolite et soutenue de la peau. » Ce tableau coïncide parfaitement avec les résultats qu'Orfila a obtenus de ses expériences sur les animaux, et qui ont appris que le chlorure d'or produit l'inflammation, l'ulcération et la gangrène de l'estomac, c'est-à-dire qu'il appartient à la classe des poisons corrosifs. Son action se rapproche donc de celle du deutochlorure de mercure; seulement elle paraît être moins vive, et d'ailleurs il n'a point l'inconvénient si grave d'exciter la salivation. A l'égard des propriétés antisyphilitiques de ces diverses préparations, sur lesquelles nous reviendrons à l'article SYPHILIS, Cullerier assure que les symptômes dits primitifs, ont été tantôt guéris, tantôt seulement diminués, tantôt enfin exaspérés, que les consécutifs se sont montrés en général bien plus opiniâtres, et que, s'il y a eu quelques améliorations, elles n'ont été que momentanées. Ces résultats sont parfaitement identiques avec ceux qu'on obtient des préparations mercurielles, avec lesquelles celles d'or ont encore cela de commun, d'avoir été mises au nombre des anthelmintiques.

ORANGER, s. m., *citrus aurantius*; espèce du genre *citronnier*, qui se distingue par les pétioles ailés de ses feuilles, et par ses fruits sphériques, plus ou moins doux.

On emploie en médecine les feuilles, les fleurs et les fruits de ce bel arbre.

Les feuilles exhalent une odeur agréable. Elles ont une saveur amère et chaude, dûe à l'huile essentielle qu'elles contiennent, unie à une certaine quantité de tannin. Ces deux substances leur communiquent une propriété tonique et excitante, qu'on a souvent cherché à utiliser. Les maladies dites nerveuses sont celles principalement contre lesquelles on a invoqué les vertus médicinales des feuilles d'oranger, qui, malgré leur action évidemment stimulante sur l'organisme, passent cependant pour un calmant efficace dans l'hystérie, l'hypocondrie et les convulsions. On les a préconisées aussi dans l'épilepsie; et s'il est vrai qu'elles aient réussi quelquefois, comme on le prétend, à guérir cette cruelle affection, ce n'a pu être qu'à la manière de divers excitans dont les médecins disent aussi avoir parfois obtenu de bons effets. Ce qui l'annonce, c'est qu'on convient qu'elles ne peuvent produire des résultats avantageux qu'à une très-forte dose, celle par exemple d'une once par jour, en bols ou en électuaires. Au reste, on avoue aussi qu'il s'en faut qu'on puisse les regarder comme un moyen qui mérite toujours confiance.

Les pétales de l'oranger contiennent beaucoup d'une huile volatile rouge très-odorante, connue sous le nom de *néroli.* On y a trouvé aussi un principe amer. Leur eau distillée est employée journellement à titre de calmant. Sa saveur amère et aromatique annonce assez qu'elle est stimulante.

Le suc des oranges, délayé dans l'eau sucrée, forme une boisson rafraîchissante, plus douce que la limonade, et qui convient dans les affections inflammatoires de l'appareil digestif. Leur écorce, abondamment chargée d'huile aromatique et de principe amer, jouit de propriétés excitantes et toniques très-prononcées. Elle entre dans un grand nombre de préparations pharmaceutiques. On la vante surtout dans le traitement des fièvres intermittentes, et quelques auteurs n'ont pas craint de la placer sur le même rang que le quinquina, exagération qui, au reste, a compté bien peu de partisans.

ORBICULAIRE, adj., *orbicularis;* qui est disposé en rond. On donne quelquefois le nom de diarthrose orbiculaire à l'*énarthrose*, parce qu'elle permet des mouvemens dans toutes les directions.

ORBICULAIRE DES PAUPIÈRES, adj. et s. m., *orbicularis palpebrarum ;* muscle qui entoure les deux paupières de chaque œil en manière de sphincter. Mince et fendu suivant le grand diamètre de l'ovale qu'il représente, ce muscle est placé entre le ligament palpébral et la peau. Il s'attache, vers le grand angle de l'œil, à l'apophyse montante de l'os maxil-

laire supérieur et à l'apophyse orbitaire interne du coronal, se confond avec le bord externe du muscle pyramidal du nez, entre-croise le bord extérieur de l'occipito-frontal, et s'unit quelquefois, vers sa partie inférieure, avec le petit zygomatique. Ses fibres aboutissent en cet endroit à un petit tendon transversal et un peu aplati. Ses usages consistent à rapprocher les paupières l'une de l'autre, en portant l'angle externe vers l'interne.

ORBITAIRE, adj., *orbitaris*, *orbitarius;* qui a rapport à l'orbite.

Les *apophyses orbitaires*, au nombre de deux, sont les extrémités de l'arcade du même nom. L'externe s'articule avec l'os malaire, et l'interne avec l'onguis.

L'*arcade orbitaire* est le rebord saillant de la paroi supérieure de l'orbite, qui appartient à l'os frontal.

Les *fentes orbitaires*, au nombre de deux, sont plus connues, l'inférieure sous le nom de SPHÉNO-MAXILLAIRE, et la supérieure sous celui de SPHÉNOÏDALE.

Les *fosses* ou *cavités orbitaires* sont appelées communément ORBITES.

Les *trous orbitaires* sont au nombre de trois. Le supérieur, qui ne consiste quelquefois qu'en une échancrure convertie en trou par un ligament, s'observe au tiers interne de l'arcade orbitaire. Les internes, situés derrière l'apophyse orbitaire interne, résultent de la réunion de deux échancrures du frontal avec deux correspondantes de l'ethmoïde. On les distingue en antérieur et postérieur.

ORBITE, s. m., *orbitus;* nom donné par les anatomistes à chacune des cavités qui logent les globes oculaires et leurs dépendances. On les appelle aussi fosses ou cavités orbitaires.

Ces excavations sont situées, de chaque côté, à la partie supérieure et antérieure de la tête. Chacune d'elles présente la forme d'une pyramide à quatre faces, dont la base regarde en devant, et dont l'axe est dirigé obliquement en arrière. Il résulte de cette disposition que, si on prolongeait les axes des deux orbites, ils s'éloigneraient indéfiniment en devant, tandis qu'en arrière ils se rencontreraient à peu près sur la fosse pituitaire.

La face supérieure de l'orbite, ou sa voûte, est concave, et légèrement inclinée en arrière, où elle présente le trou optique et une portion de la suture sphénoïdale. Par devant elle offre en dehors une fossette qui loge la glande lacrymale, et en dedans des inégalités auxquelles s'attache la poulie cartilagineuse du muscle grand oblique de l'œil. Elle est formée par la fosse orbitaire de l'os frontal et par une petite portion du sphénoïde.

La face inférieure, ou le plancher, presque plane, se dirige obliquement en arrière. Le long de sa partie postérieure et externe règne la gouttière sous-orbitaire, à laquelle succède le canal du même nom. Les parties osseuses qui le constituent par leur association, sont la facette orbitaire de l'apophyse antérieure du palatin, la surface orbitaire de l'os maxillaire supérieur, et une partie de l'os de la pommette.

La face externe, presque plane, comme la précédente, offre les orifices des trous malaires; elle est formée par l'os malaire en devant, et par le sphénoïde en arrière. Sur son milieu on aperçoit la suture qui unit ces deux os.

La face interne, plus étroite que les trois autres, est droite, et celle d'un côté est à peu près parallèle à celle du côté opposé. Le sphénoïde, l'ethmoïde et l'onguis concourent à la produire.

La base de l'orbite a une forme irrégulièrement quadrilatère. Elle est plus large en dehors qu'en dedans, et obliquement dirigée en bas.

Le tissu cellulaire de l'orbite peut devenir le siége d'affections variées qui exercent, sur la situation de l'œil une influence plus ou moins considérable. Ainsi il n'est pas rare de trouver chez les nouveau-nés les yeux devenus saillans à la suite des compressions prolongées de la tête pendant l'accouchement. L'engorgement du tissu cellulaire de l'orbite qui produit cette lésion se dissipe toujours spontanément. Après les violentes contusions de la région orbitaire, du sang peut s'épancher derrière le globe, le pousser en avant, et former même des bourrelets bleuâtres autour de l'organe et sous les conjonctives. Dans ces cas, les antiphlogistiques et ensuite les résolutifs locaux suffisent ordinairement pour déterminer l'absorption du liquide, et pour rendre aux parties leur situation normale. Si cependant la collection sanguine résistait à ces moyens, et se prononçait au dehors, il faudrait l'ouvrir avec la pointe d'une lancette. Il faut recourir à la même opération, lorsque l'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite, n'ayant pas cédé aux médications générales et locales les plus convenables, s'est terminée par un abcès qui apparaît entre le globe et l'une ou l'autre paupière. Chez les sujets disposés aux loupes, et qui en ont eu déjà sur quelqu'autre partie du corps, l'orbite devient quelquefois le siége de tumeurs enkystées, que l'on reconnaît à la lenteur de leur développement, à l'absence des accidens inflammatoires et à la liberté de toutes les cavités voisines, qui ne permet pas de croire que des polypes s'y soient développés. On ne peut opposer à ces tumeurs aucun moyen efficace jusqu'à ce que, devenues saillantes sur quelque point de la base

de l'orbite, il soit possible de les mettre à découvert et de les extirper. Scarpa décrit avec une grande exactitude les accidens produits par les tumeurs de ce genre, ainsi que le procédé opératoire dont il convient de faire usage afin d'en débarrasser les malades. On doit alors inciser sur le kyste, soit la conjonctive, si la tumeur est petite et la paupière facile à écarter, soit cet organe lui-même, lorsque les circonstances sont moins favorables. La membrane anormale, qu'il faut se garder d'ouvrir, peut être ensuite facilement saisie avec une airigne, et attirée doucement au dehors, en même temps qu'avec le bistouri ou les ciseaux on détache ses adhérences les plus profondes. Des pansemens simples suffisent après l'opération pour procurer la cicatrisation de la plaie, et l'œil reprend avec rapidité sa situation et le libre exercice de ses mouvemens.

Les tumeurs scrofuleuses du fond de l'orbite coïncident presque toujours avec des lésions du même genre à d'autres parties du corps. Il faut leur opposer les moyens les mieux appropriés à la modification générale de l'organisme qui les accompagne. Dans un cas semblable, Demours, en faisant panser des ulcères scrofuleux du cou, opéra une dérivation telle que l'œil reprit bientôt sa situation normale. Th. Bonet, avant lui, avait obtenu le même résultat de l'emploi habituel de la rhubarbe. Enfin le tissu cellulaire de l'orbite est susceptible d'augmenter de volume ou de s'affaisser par l'accumulation ou l'absorption trop considérable de la graisse qu'il contient. Dans le premier cas, il faut, par un régime sévère, des exercices violens et l'emploi fréquent de purgatifs légers, s'efforcer de détruire la congestion dont les parties affectées sont le siége, en même temps que l'on augmente l'énergie des vaisseaux absorbans. Lorsque l'œil s'enfonce au contraire par l'affaissement de l'espèce de matelas qui le soutient, la maladie est presque toujours incurable et le symptôme de quelque lésion grave et profonde dans les parties constitutives du globe oculaire.

Les exostoses de la cavité orbitaire sont rarement susceptibles d'être opérées : il faut presque toujours se borner à combattre leurs causes et à borner leur accroissement. Quant aux tumeurs fibreuses nasales ou autres qui soulèvent les parois de l'orbite, leur extirpation suffit constamment pour ramener les parties à l'état normal.

Les corps étrangers qui pénètrent profondément dans l'orbite peuvent, après avoir traversé les parois de cette cavité, blesser le cerveau et occasioner des accidens mortels. Les lames osseuses minces et fragiles qui composent l'enceinte orbitaire sont assez souvent fracturées par contre-coup, à l'occasion des

blessures de la partie antérieure du crâne. Dans tous ces cas, c'est moins de la lésion de l'orbite que de celle de l'encéphale que le praticien doit s'occuper.

L'orbite est assez souvent le siége de fongus hématodes qui, en se développant, remplissent cette cavité, en chassent l'œil, et produisent les désordres les plus étendus et les plus graves. C'est pour deux cas de ce genre que B. Travers et Dalrymple ont lié avec succès l'artère carotide primitive. Cette opération sera presque toujours la seule que l'on puisse opposer à ces tumeurs, dont il est impossible de reconnaître d'avance le volume, et qui ne manquent jamais de repulluler lorsqu'elles ne sont pas entièrement emportées.

ORCANETTE, s. f., *onosma;* genre de plantes, de la pentandrie monogynie, L., et de la famille des borraginées, J., qui a pour caractères : calice à cinq découpures lancéolées, droites et persistantes; corolle presqu'en entonnoir, à tube court, à limbe tubuleux et ventru, ayant l'orifice nu et ouvert, et le bord divisé en cinq dents.

L'*orcanette échioïde*, *onosma echioïdes*, croît dans presque toutes les parties méridionales de l'Europe. Elle répand une odeur désagréable. Sa racine, infusée dans l'eau, donne une couleur rouge très-foncée, mais peu solide, ce qui fait qu'on la recherche fort peu. Cette couleur n'existe d'ailleurs que dans l'écorce. Les anciens s'en servaient pour faire leur fard; mais peut-être consacraient-ils aussi au même usage les racines de quelques autres borraginées, telles que l'*anchusa tinctoria*, qui porte aussi le nom d'orcanette, et l'*echium rubrum :* le *lithospermum tinctorium* donne aussi une couleur rouge. Les propriétés astringentes, résolutives, détersives et antihémorragiques, attribuées aux diverses orcanettes, ne sont fondées sur aucune observation exacte. Ces produits végétaux sont tout à fait inusités aujourd'hui en médecine.

ORCHIS, s. m., *orchis;* genre de plantes, de la gynandrie digynie, L., et de la famille des orchidées, J., à laquelle il sert de type, qui a pour caractères : spathe simple, uniflore; corolle profondément divisée en six découpures, dont cinq supérieures, égales, plus ou moins connivcntes, deux desquelles sont relevées en forme de casque, et une inférieure élargie, terminée par un éperon allongé.

Ce genre renferme un très-grand nombre d'espèces, toutes remarquables par la beauté ou la singularité de leurs fleurs. Leurs racines surtout sont dignes d'attention. Dans un grand nombre elles sont composées de deux tubercules arrondis et charnus. Ces tubercules peuvent servir à la nourriture de l'homme. C'est avec eux qu'on prépare le SALEP dans l'Orient. La forme qu'ils affectent les a fait regarder par les anciens

comme un puissant aphrodisiaque. Mais ils ne jouissent que d'une propriété alibile très-prononcée, à raison de la grande quantité de fécule amilacée qu'ils contiennent.

OREILLE, s. f., *auris*; organe de l'audition, placé à la partie moyenne de la face latérale et de la base du crâne, dans l'épaisseur et à la surface de l'os temporal. Cet organe, instrument des sens le plus noble, et, si l'on peut s'exprimer ainsi, le plus intellectuel, est entièrement logé dans le crâne. Il a des connexions immédiates avec le cerveau, et c'est le plus protégé de tous les organes des sens. Il se compose de parties délicates, placées à une grande profondeur, et très-différentes, soit par leur texture, soit par leur forme extérieure. La difficulté de les préparer fait que l'oreille a été pendant longtemps mal connue par les anatomistes.

On partage souvent cet organe en trois parties : l'oreille externe, qui comprend le pavillon et le conduit auditif, et qui a pour principal usage de rassembler les sons; la moyenne, formée par la caisse du tympan et ses dépendances, cavités et ouvertures dans lesquelles les sons sont répétés et renforcés; enfin l'interne, qui a pour usage de conduire les sons sur le nerf chargé d'en transmettre la sensation au cerveau. Il est plus commode de réduire ces divisions à deux seulement, et de n'admettre qu'une oreille externe et une oreille interne.

L'oreille externe, à laquelle nous ne rapporterons que le pavillon de l'oreille, au lieu d'y joindre encore le conduit auditif, comme font la plupart des anatomistes, est située, de chaque côté, sur la partie latérale de la tête, derrière la joue et l'articulation temporo-maxillaire, à la partie inférieure de la région temporale, et au devant de l'apophyse mastoïde, qu'elle recouvre souvent en partie. La grandeur varie suivant les individus. Quoique sa forme soit fort irrégulière, on peut cependant la rapporter, d'une manière générale, à celle d'un ovale, dont le grand diamètre serait vertical, et qui aurait sa grosse extrémité tournée en haut. Assez large en haut, et plus large encore à sa partie moyenne, elle se rétrécit à sa partie inférieure, qui forme un appendice cellulo-cutané, nommé *lobule*. Elle est aplatie de devant en arrière et de dehors en dedans. En bas elle est entièrement libre, excepté en devant, où elle s'unit avec les parties latérales de la tête. Sa forme présente une multitude de variétés individuelles, qui portent tantôt sur sa grandeur totale, tantôt sur l'étendue de son diamètre transversal, ou sur la saillie de ses éminences. Ses contours et ses saillies sont plus rudes et plus prononcés chez l'homme que chez la femme.

On distingue au pavillon de l'oreille deux faces, l'une externe, et l'autre interne.

La face externe, ordinairement un peu inclinée en avant, présente plusieurs particularités notables. On y remarque, de bas en haut : 1°. l'*hélix*, bourrelet à peu près demi-circulaire, qui commence vers le milieu du pavillon, au centre de la conque et au-dessus du conduit auditif, se porte d'abord en avant, puis en haut, et se recourbe ensuite en arrière, pour redescendre à la partie postérieure de la circonférence du pavillon, que de cette manière il embrasse en grande partie. Ses extrémités sont droites et assez peu saillantes. Il offre une largeur remarquable à sa partie moyenne. Son extrémité inférieure, qui semble bifurquée, se contourne en devant avec l'anthélix, et en arrière avec le lobule ; 2°. la *rainure* ou le *sillon de l'hélix*, *grande cavité de l'hélix* de quelques auteurs, dépression plus ou moins profonde, plus ou moins rétrécie, de même forme que l'hélix, dont elle suit tout le trajet, en dedans et au-dessous de lui ; elle commence dans la conque, se termine vers la branche antérieure de la bifurcation de l'hélix, et a plus de largeur et de profondeur en haut qu'en bas ; 3°. l'*anthélix*, éminence qui commence dans la rainure précédente, au-dessus de la conque, par une extrémité bifurquée, dont la branche supérieure est large, obtuse et oblique, tandis que l'inférieure est étroite, plus saillante et horizontale. Ces deux branches se réunissent ensemble pour produire une saillie moins large, mais plus épaisse que l'hélix, qui décrit une courbe dont la concavité regarde en bas et en avant, et qui se termine, en s'amincissant, en arrière et au-dessus de l'antitragus, dont une légère échancrure la sépare ; 4°. la *fosse naviculaire* ou *scaphoïde*, enfoncement superficiel situé entre les deux branches d'origine de l'anthélix, et formé de deux petites dépressions, dont la plus large est l'inférieure ; 5°. le *tragus*, sorte de petit mamelon, éminence triangulaire, placée au devant ds l'orifice externe du conduit auditif, à la partie moyenne, antérieure et un peu inférieure du pavillon de l'oreille, avec lequel sa base se continue en haut et en bas. Son sommet est tourné en arrière et en dehors. Deux échancrures, dont la supérieure est beaucoup moins prononcée que l'inférieure, le séparent, la première de l'hélix, et la seconde de l'antitragus ; 6°. l'*antitragus*, ainsi appelé parce qu'il est situé vis-à-vis du précédent, en arrière et au-dessous de l'anthélix. C'est aussi un mamelon conique, mais plus petit que le tragus, dont la base est dirigée en arrière et en bas, et l'autre extrémité, en avant et en haut ; 7°. la *conque*, grande et profonde cavité, que l'anthélix limite en arrière, et que l'hélix partage en deux portions inégales. Bornée en devant par le tragus, elle l'est en bas par l'antitragus. Sa portion supérieure, plus étroite, et allongée transversalement, se continue avec la rainure de l'hé-

lix. L'inférieure, plus large et comme triangulaire, se continue en devant et en dedans avec le conduit auriculaire.

La face interne du pavillon de l'oreille est inclinée en arrière. Elle présente des saillies et des dépressions, qui correspondent, en sens inverse, à celles de la face antérieure, sauf toutefois le tragus et l'antitragus, dont rien ne décèle l'existence. Libre dans une grande partie de son étendue, et séparée de la tête par un intervalle plus ou moins large, cette face se continue en devant avec la région temporale. Elle n'offre aucun objet digne de fixer l'attention.

La circonférence du pavillon est parfaitement isolée des parties latérales de la tête, excepté en avant.

L'extrémité inférieure mérite seule d'être remarquée. Elle forme ce qu'on appelle le *lobule*, éminence molle, arrondie, et de grandeur très-variable, que beaucoup de personnes percent pour y suspendre des anneaux ou d'autres bijoux.

Soumise à l'investigation anatomique, l'oreille externe offre à considérer une couche dermoïde, un fibro-cartilage, des ligamens et des muscles.

La peau du pavillon de l'oreille est d'une grande finesse, surtout au niveau des différens replis, et parsemée d'un grand nombre de follicules sébacés. Elle adhère d'une manière assez intime au fibro-cartilage, dont elle n'est séparée que par un tissu cellulaire serré, dans lequel il ne s'amasse pas de graisse. Elle seule forme le lobule, avec du tissu cellulaire graisseux. Le sommet et la face interne du tragus portent des poils, dont le nombre et la longueur varient suivant les individus.

Le fibro-cartilage fait la base du pavillon de l'oreille, dont il détermine les formes par sa consistance et son élasticité. Il présente toutes les éminences et cavités qui se voyent à la surface de l'oreille externe, avec cette différence qu'elles y sont plus prononcées encore. On y aperçoit, en outre, une légère saillie sur l'hélix, au-dessus du tragus. Entre ces deux parties il est coupé par une scissure, que remplit un ligament, et qui sépare du reste la portion appartenante au tragus. Une autre échancrure existe aussi entre l'antitragus et les extrémités réunies de l'hélix et de l'anthélix; elle est également remplie par une substance fibreuse. Le fibro-cartilage ne s'étend pas dans le lobule, mais il se continue avec la portion cartilagineuse du conduit auditif. Sa couleur est le blanc jaunâtre, et ses fibres sont très-serrées. Il a un tissu très-fin et une grande flexibilité.

Trois ligamens le fixent à la partie latérale de la tête. Le supérieur part de derrière la conque, au haut de la convexité qu'elle présente en ce sens, et va se terminer à l'aponévrose épicrânienne, en s'elargissant. L'antérieur, parti de la base

du tragus et de la région voisine de l'hélix, s'implante à l'apophyse zygomatique, au-dessus de l'articulation de la mâchoire inférieure. Le postérieur s'étend de la convexité de la conque à la base de l'apophyse mastoïde. Ces ligamens sont tous plutôt celluleux que fibreux.

Parmi les muscles du pavillon de l'oreille, les uns servent à ses mouvemens généraux, et les autres, placés en différens points du fibro-cartilage, déterminent des mouvemens partiels entre les diverses régions de l'organe. Les premiers, au nombre de trois, l'AURICULAIRE *supérieur*, l'*antérieur*, et le *postérieur*, ont été décrits ailleurs. Les autres sont au nombre de cinq, savoir : 1°. le *muscle du tragus*, triangulaire, assez large, fort apparent, et plus constant que les autres. Né de la base du tragus, au sommet duquel il se termine, il recouvre presque entièrement la face externe de cette éminence ; 2°. le *muscle de l'antitragus*, aussi constant que le précédent, plus épais, mais moins large; ses fibres, qui sont obliques, occupent l'intervalle entre l'anthélix et l'antitragus ; 3°. le *grand muscle de l'hélix*, grêle, long de quatre à six lignes et large d'une. Il s'étend sur la portion convexe et ascendante de l'hélix ; il est oblique en devant, et plus mince dans ce sens qu'en arrière ; 4°. le *petit muscle de l'hélix*, qui manque presque toujours, est très-mince, et placé au-dessous et en arrière du précédent, sur la saillie de l'hélix qui divise la conque en deux parties ; 5°. le *muscle transversal*, placé derrière le pavillon, naît de la convexité de la conque, et va se perdre sur la saillie que la rainure de l'hélix forme en arrière. Assez souvent il est partagé en trois ou quatre faisceaux distincts. Tous ces muscles sont constamment peu marqués. Il n'est pas rare d'en voir manquer un ou plusieurs, et quelquefois même on n'en rencontre aucun.

Les vaisseaux sanguins du pavillon de l'oreille proviennent des artères et des veines auriculaires postérieures et temporales. Ses vaisseaux lymphatiques vont se jeter dans les ganglions couverts par la branche de la mâchoire, et dans ceux qui sont situés sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ses nerfs sont fournis par le plexus cervical superficiel, le nerf maxillaire inférieur, et le nerf facial.

L'oreille interne se compose du conduit auditif, de la cavité du tympan et du labyrinthe.

Le conduit auditif est un canal mi-partie osseux et mi-partie fibro-cartilagineux, qui s'étend de la conque à la membrane du tympan, entre l'apophyse mastoïde et la cavité glénoïdale. Sa longueur est évaluée à dix ou douze lignes chez l'adulte ; mais elle est toujours un peu plus considérable en bas qu'en haut, parce que son extrémité interne est coupée obliquement

Plus large à ses deux extrémités qu'à sa partie moyenne, il offre une coupe transversale elliptique. Sa direction est oblique de dehors en dedans et d'arrière en avant. Il décrit une courbure dans le sens de sa longueur, de manière à présenter une concavité en bas et une convexité en haut. Il n'est pas continu dans tout son trajet; diverses scissures interrompent sa continuité, et sont placées surtout à sa partie supérieure.

La peau qui le tapisse est un prolongement de celle qui revêt le pavillon de l'oreille. Elle offre la même teinte et la même épaisseur que celle-ci; mais elle perd de sa blancheur et de sa force à mesure qu'elle se rapproche du fond du conduit, où elle se réfléchit sur la membrane du tympan, en formant une espèce de cul-de-sac qui adhère peu à cette membrane; un petit duvet très-fin la couvre dans toute son étendue, et, à son origine, elle est garnie de poils assez longs. Elle adhère en général peu aux parties subjacentes, qui lui sont unies par un tissu lamelleux. Cependant son adhérence est plus grande dans les points où elle est en contact avec le périoste, surtout en bas.

Au-dessous de la membrane tégumentaire on rencontre, dans le tissu celluleux, en haut et en arrière du fond du conduit auditif, et dans l'endroit où le fibro-cartilage n'existe point, des follicules chargés de sécréter le cérumen. La structure intime de ces organes est fort peu connue. Ils ont une forme sphérique ou ellipsoïde, une couleur orangée, et une densité assez remarquable. Chacun d'eux est garni d'un orifice spécial, qui s'ouvre dans le conduit.

Toutes ces parties sont soutenues par une sorte de squelette, composé d'une portion osseuse qui appartient à l'os temporal, d'un prolongement du fibro-cartilage de la conque, et d'une sorte de membrane fibreuse. La portion osseuse sera décrite à l'article TEMPORAL. Quant au fibro-cartilage, c'est une lame assez large, de forme triangulaire, dont la base se continue avec celle du tragus et avec la partie antérieure et inférieure de la conque. Recourbée irrégulièrement d'avant en arrière et de bas en haut, cette lame ne décrit point un cercle entier, et forme seulement une portion de conduit qui est moins longue que la portion osseuse chez l'adulte. Son extrémité interne se prolonge inférieurement en pointe, et ne tient à l'os temporal que par un tissu fibreux. Non loin du tragus ce fibro-cartilage présente une fente transversale. Une autre fente semblable s'observe un peu plus loin. Quelquefois, mais rarement, il en existe encore une troisième. Ces fentes ont été désignées par les anatomistes sous le nom d'*incisures de Santorini*. Elles n'occupent qu'une portion de l'étendue de la lame fibro-cartilagineuse, et sont remplies par un tissu cellulaire fibreux.

Quelquefois aussi elles offrent des fibres charnues, que divers anatomistes ont considérées comme formant un muscle particulier. A l'égard enfin de la portion purement fibreuse, elle réunit en haut et en arrière les deux bords du fibro-cartilage, de manière à compléter le conduit sur ce point. Quelquefois elle est fort peu apparente. Mais toujours elle se prolonge entre le contour du conduit auditif osseux et le fibro-cartilage, et les lie l'un à l'autre.

Les artères et les veines du conduit auditif proviennent des temporales, de l'auriculaire postérieure et de la stylo-mastoïdienne. Ses nerfs sont fournis par le temporal superficiel, le facial, et le plexus cervical. Ils lui communiquent une sensibilité très-vive.

La caisse du tympan, cavité de forme très-irrégulière, est creusée dans la base de la portion pierreuse de l'os temporal. Elle se trouve placée entre le conduit auditif et le labyrinthe, au-devant de l'apophyse mastoïde, au-dessus de la fosse glénoïde, et derrière la trompe d'Eustache. On évalue sa profondeur à environ trois lignes, et sa largeur à cinq ou six; mais les mouvemens qu'exécute la membrane du tympan font varier cette dernière dimension, quoiqu'assez faiblement. Une membrane muqueuse tapisse toute la surface de cette cavité, qui communique avec l'air extérieur au moyen de la trompe d'Eustache, placée entre elle et le pharynx. Pour bien connaître les nombreux objets qu'elle renferme, on est dans l'usage d'y distinguer six parois, l'externe, l'interne, la supérieure, l'inférieure, la postérieure, et l'antérieure.

La paroi externe se dirige un peu obliquement de haut en bas, d'arrière en avant, et de dehors en dedans. Elle est presque entièrement formée par la membrane du tympan. Celle-ci est mince, transparente, sèche et fibreuse. Elle n'offre aucune ouverture, et ne permet point de communication directe entre le tympan et le conduit auditif. Comme elle est disposée obliquement, elle forme avec la paroi inférieure du conduit un angle rentrant très-aigu, tandis qu'elle semble presque se continuer avec la supérieure. Sa figure est circulaire. Comme elle a un peu plus d'étendue que l'ouverture qu'elle est destinée à boucher, il en résulte qu'elle peut éprouver des mouvemens alternatifs de tension et de relâchement. Voilà pourquoi on la trouve ordinairement convexe dans un sens ou dans l'autre, mais le plus souvent en dedans, où elle présente toujours, en outre, une élévation partielle due à la présence du manche du marteau. Sa circonférence s'enchâsse en quelque sorte dans la rainure dont l'extrémité interne du conduit auditif est creusée. En haut et en bas d'elle, la paroi externe

du tympan est formée par deux petites surfaces osseuses inégales.

La paroi interne, un peu inclinée en arrière, et plus éloignée de l'externe en haut qu'en bas, présente à considérer les objets suivans : 1°. la fenêtre ovale, ouverture ovalaire, dont le grand diamètre est horizontal et le petit vertical, et qui fait communiquer la caisse du tympan avec le vestibule. Elle a son bord inférieur presque droit, tandis que le supérieur est courbé en manière de demi-ellipse. Un petit bord plat et fort mince, qui occupe son contour, la rétrécit du côté du vestibule. Elle est bouchée par la base de l'étrier, qui tient d'une manière mobile à sa circonférence au moyen d'une membrane très-mince; 2°. une saillie osseuse, arrondie et allongée en arrière et en bas, qui est située au-dessus de la fenêtre ovale, et qui marque le passage de l'aqueduc de Fallope sur ce point; 3°. le promontoire, autre tubercule assez large, dont la forme varie, et qui borne en bas la fenêtre ovale : cette éminence résulte de l'adossement de la rampe externe du limaçon contre le côté correspondant du vestibule. Un enfoncement irrégulier la borne en arrière, tandis qu'en devant elle correspond à l'extrémité d'une lame osseuse qui sépare le muscle interne du marteau de la trompe d'Eustache; 4°. la fenêtre ronde, ouverture placée au-dessous et un peu en arrière du promontoire, au fond d'une espèce d'entonnoir oblique et irrégulier, qui la couvre en partie du côté du tympan; moins grande que la fenêtre ovale, elle a une forme triangulaire, et se trouve bouchée par une membrane qui n'est point parallèle à celle du tympan.

A la paroi inférieure on voit la scissure glénoïdale, par laquelle sortent la longue apophyse du marteau et la corde du tympan, et entre le muscle antérieur du marteau, avec quelques vaisseaux sanguins.

La paroi supérieure offre un certain nombre de porosités, qui donnent passage à de petits vaisseaux sanguins. Elle a peu d'épaisseur.

La paroi antérieure présente le bec de cuiller, petite lame osseuse, mince, saillante et courbée sur elle-même, de bas en haut, qui sépare, dans toute sa longueur, deux canaux situés dans l'angle rentrant du temporal qui reçoit l'épine du sphénoïde. De ces deux canaux, l'un, supérieur, est arrondi, couvert d'un périoste très-mince, et rempli par le muscle externe du marteau; l'autre, inférieur, forme la portion osseuse de la TROMPE d'*Eustache*, à laquelle nous consacrerons un article spécial.

La paroi postérieure laisse apercevoir, 1°. un canal court,

raboteux, dirigé obliquement en arrière et en bas, placé au-dessous de la courte branche de l'enclume, et triangulaire à son orifice, qui mène dans les cellules MASTOÏDIENNES; 2°. au-dessous, derrière la fenêtre ovale, et au bas de la saillie que l'aqueduc de Fallope forme dans le tympan, la pyramide, petite éminence creuse et conique par le sommet tourné, en avant de laquelle sort le tendon du muscle de l'étrier, dont le corps charnu remplit le conduit qui occupe son centre; 3°. plus bas encore, une petite ouverture, qui communique avec l'aqueduc de Fallope, et par laquelle le rameau supérieur du nerf vidien pénètre dans le tympan.

Indépendamment de toutes ces parties, la caisse du tympan est encore traversée par une série d'osselets, au nombre de quatre, articulés entre eux par diarthrose et mus par des muscles particuliers. Ces osselets, qui représentent une sorte de levier coudé, s'étendent de la membrane du tympan à la fenêtre ovale : ce sont le MARTEAU, l'ENCLUME, le LENTICULAIRE et l'ÉTRIER. Geoffroy Saint-Hilaire a démontré qu'ils sont les rudimens de l'appareil operculaire des poissons, chez lesquels seuls ils arrivent à leur summum de développement. Les muscles propres de ces osselets sont l'interne et l'antérieur du marteau, et celui de l'étrier, que nous avons décrits en même temps que les os auxquels ils se rapportent.

La membrane qui tapisse la cavité du tympan, quoique décrite, par la plupart des auteurs, sous le nom impropre de périoste, n'est qu'une suite de la membrane du pharynx, prolongée à travers la trompe d'Eustache. Elle contribue à former les deux fenêtres, et s'applique contre la membrane du tympan, dont le manche du marteau le sépare. Elle revêt toutes les parois de la cavité, s'étendant sur leurs éminences, et s'enfonçant dans toutes leurs anfractuosités. Elle se prolonge aussi dans les cellules mastoïdiennes. Malgré sa ténuité extrême elle paraît un peu fibreuse à l'extérieur. Peut-être est-elle unie à une lame du périoste, mais au moins ne peut-on pas douter qu'elle ne soit muqueuse à l'intérieur. Blanche, résistante et vasculaire chez l'adulte et le vieillard, elle a une teinte rougeâtre, et contient beaucoup de vaisseaux sanguins chez l'enfant. Il s'en exhale continuellement une humeur muqueuse qui tombe dans le pharynx par la trompe d'Eustache.

Les artères de la caisse du tympan sont fournies par la stylo-mastoïdienne, la méningée moyenne et la carotide interne. Ses veines sont difficiles à suivre. Ses nerfs appartiennent au facial et au ganglion sphéno-palatin.

Le labyrinthe, auquel seul beaucoup d'anatomistes accordent le nom d'oreille interne, se trouve placé entre le tympan et le conduit auditif interne. Il est composé de plusieurs cavi-

tés, qui communiquent ensemble, et qu'on appelle le vestibule, le limaçon et les canaux demi-circulaires.

Le vestibule est une petite cavité assez irrégulière, quoiqu'à peu près sphéroïdale, située au-devant des canaux demi-circulaires, en arrière du limaçon, et en dedans du tympan, dans l'intérieur duquel il fait une saillie correspondante au promontoire. Le tissu compacte du rocher le recouvre en haut et en bas. Une crête osseuse, qui s'élève de sa paroi inférieure, le partage en deux portions inégales. Cette crête se porte en dehors et un peu en devant, et se termine, au-dessus de la fenêtre ovale, par une petite pyramide à sommet aplati et rugueux. On découvre dans cette cavité : 1°. l'orifice interne de la fenêtre ovale, placé en dehors; 2°. en haut, les deux orifices antérieurs des canaux demi-circulaires, vertical supérieur et horizontal; 3°. en avant et en bas, l'orifice de la rampe externe du limaçon; 4°. en arrière, les deux ouvertures des canaux demi-circulaires, vertical postérieur et horizontal, et une autre commune aux deux canaux verticaux; 5°. en dedans, plusieurs conduits par lesquels passent des vaisseaux sanguins et des filets du nerf acoustique, et qui communiquent dans le conduit auditif interne; 6°. en dedans, et très-près de l'orifice commun des deux canaux demi-circulaires verticaux, celui, quelquefois presque imperceptible, de l'aqueduc du vestibule. Cet aqueduc est un conduit extrêmement étroit, qui se dirige d'abord en haut, puis en arrière et en bas, et qui va s'ouvrir, en s'élargissant un peu, sur la face postérieure du rocher.

On appelle limaçon, une cavité formée de deux canaux coniques et contournés en spirale. Cette excavation, logée dans la partie antérieure de la portion pierreuse du temporal, est située en avant et en dedans du vestibule et du conduit auditif interne. Oblique de haut en bas, de dedans en dehors et d'arrière en avant, il décrit deux spirales en sens inverses, suivant qu'on l'examine à droite ou à gauche. On y distingue un axe, une lame qui en forme les parois, une cloison spirale et un aqueduc.

L'axe, ou noyau central, commence vers le fond du conduit auditif interne, d'où il se dirige vers la partie interne de la portion horizontale du canal carotidien, en marchant presque horizontalement d'arrière en avant et de dedans en dehors. Il a une forme conique. Sa base, qui offre une assez grande largeur, est creusée d'un enfoncement dans lequel se loge une branche du nerf acoustique, qu'elle transmet dans l'intérieur de la cavité par un grand nombre de pores. Il se termine, en se rétrécissant toujours vers le sommet de l'axe lui-même, qui est creusé d'une petite cavité, dont l'entrée est évasée, et qu'on appelle l'entonnoir. Une double rainure donne à ce

noyau la forme d'une vis. Sa surface présente un grand nombre de trous pour le passage des filets de la branche nerveuse dont nous venons de parler.

La lame qui forme les parois du limaçon, et qu'on appelle la lame des contours, est plongée dans le tissu spongieux de la portion pierreuse du temporal. En la supposant développée, elle représente un triangle isocèle fort allongé ; mais, en place, elle est recourbée sur elle-même, dans le sens do sa largeur. Elle est compacte, et forme une espèce de demi-canal, dont les bords, un peu plus épais que le reste, sont fortement unis à l'axe, autour duquel on lui voit décrire deux tours et demi de spirale, en s'avançant sur l'entonnoir. Ces tours sont unis ensemble d'une manière fort étroite dans le lieu où ils se rencontrent, et forment une cavité également spirale qui décroît peu à peu.

La cloison spirale partage le limaçon en deux parties, dans toute sa longueur. Elle est osseuse dans la portion qui tient à l'axe, et membraneuse dans celle qui s'unit à la lame des contours. Plus large vers la base du limaçon, elle finit sur l'axe, vers le milieu du second tour, par une sorte de bec, où commence la pointe de l'entonnoir. Sa portion osseuse est composée de deux lamelles entre lesquelles on remarque un grand nombre de petits canaux pour le passage de filets nerveux. Quant à sa portion membraneuse, elle est fort mince ; on ne trouve plus qu'elle depuis le milieu du second tour jusqu'au sommet, où elle est percée d'une petite ouverture arrondie.

La présence de cette cloison donne naissance à deux cavités qu'on appelle les rampes du limaçon. De ces deux rampes, l'une, interne, communiquerait avec la caisse du tympan par la fenêtre ronde, si une membrane ne bouchait pas celle-ci. L'autre, externe, s'ouvre dans le vestibule. Celle-ci est plus étroite et plus longue que l'autre ; la face de la cloison qui lui correspond présente des lignes saillantes et rayonnées. La première est plus large et plus courte, et la face de la cloison qui lui correspond rugueuse et inégale. Ces deux rampes communiquent ensemble par l'ouverture du sommet de la cloison. Elles se rétrécissent toujours depuis leur origine jusqu'à leur point de communication. Leur coupe verticale offre à peu près la forme d'un demi-cercle.

L'aqueduc du limaçon est un canal fort étroit, qui s'ouvre en haut dans la rampe tympanique, pris de la fenêtre ronde, et en bas, sur le bord postérieur du rocher, au devant de la fosse jugulaire. Sa longueur est de trois ou quatre lignes, et sa direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Il représente un cône creux, fort allongé.

A l'égard des canaux demi-circulaires, ils sont au nombre de trois, deux verticaux, l'un supérieur, l'autre postérieur, et le dernier horizontal. Creusés dans l'épaisseur de la portion pierreuse du temporal, ils s'ouvrent dans le vestibule. On les découvre en arrière de cette cavité. Postérieurement et inférieurement ils correspondent aux cellules mastoïdiennes. Entre eux se trouve un espace pyramidal, dont le sommet est tourné en dedans et en arrière, et la base en dehors. Leurs parois sont formées d'une lame compacte, plongée dans le tissu spongieux du rocher. Leur surface interne est lisse et polie. Le vertical supérieur, plus grand que l'horizontal, mais un peu moins étendu que le vertical postérieur, a la convexité de sa courbure tournée directement en haut. Il commence, à la partie supérieure et antérieure du vestibule, par une ouverture elliptique, assez large, et se termine en se réunissant avec le vertical postérieur, en arrière et en dedans, de manière à former avec lui un petit conduit commun, long de deux lignes, qui s'ouvre, par un seul orifice arrondi, dans la partie supérieure et interne du vestibule, et qui n'a pas plus de capacité que l'un des deux canaux dont la réunion le produit. Le vertical postérieur offre sa convexité en arrière. Il a une de ses extrémités tournée en avant et en haut, et unie à celle du canal précédent. L'autre, qui regarde en avant et en bas, s'ouvre isolément en bas et en dedans du vestibule, un peu au-dessous d'une des ouvertures du canal horizontal, par un orifice évasé, arrondi ou elliptique. Enfin, l'horizontal, qui est le plus petit des trois, est situé entre les deux autres, et commence en devant, par une ouverture assez large, placée entre celle du canal vertical supérieur et la fenêtre ovale. Il a sa convexité tournée en arrière, et se termine, en dedans du vestibule, par une ouverture étroite, située entre l'orifice inférieur du canal postérieur et l'orifice commun des deux verticaux. De cette disposition il résulte que les trois canaux s'ouvrent dans le vestibule par cinq orifices seulement, et que ces orifices sont tous de dimensions inégales.

Toutes les cavités labyrinthiques sont tapissées par une membrane très-délicate. Dans les canaux demi-circulaires, elle forme des tubes beaucoup plus petits que le conduit osseux, et qui sont fixés à ses parois par un tissu cellulaire très-fin.

Les orifices isolés des canaux verticaux, et l'antérieur du canal horizontal, présentent chacun une ampoule membraneuse. Ces trois ampoules, ainsi que les extrémités opposées des canaux qui en sont dépourvues, aboutissent dans un sac commun, qui occupe une partie du vestibule. Ces parties sont remplies d'une humeur qui donne au sac l'apparence d'une bulle d'air. Un autre petit sac, contigu au précédent, mais

qui ne communique point avec lui, tapisse le vestibule, aux parois duquel il adhère avec force. Ce sac est rempli d'une humeur particulière, et formé d'épaisses tuniques, dans lesquelles viennent se perdre les ramifications vestibulaires du nerf auditif. Il envoie, dans l'aqueduc du vestibule, un prolongement qui se termine par un petit cul-de sac au-dessous de la dure-mère. On trouve, dans son épaisseur, quelques petits canaux qui communiquent entre eux, et vont s'ouvrir en partie dans les veines de la dure-mère, ou former un petit sinus spécial, qui se jette dans le sinus latéral de cette membrane. La membrane du vestibule s'introduit dans le sinus, ou par l'orifice de la rampe externe; après l'avoir parcourue dans toute son étendue, elle redescend dans la rampe tympanique, par l'ouverture du sommet de la lame spirale, jusqu'à la fenêtre ronde, auprès de laquelle elle envoie, dans l'aqueduc du limaçon, un prolongement qui se termine aussi par un cul-de-sac sous la dure-mère. On ignore quelle est la nature de cette membrane vasculaire chez l'enfant; elle contient beaucoup moins de vaisseaux chez l'adulte, et adhère alors si fort aux os, qu'on a souvent de la peine à l'apercevoir. Elle sécrète un fluide transparent, légèrement visqueux, et plus ou moins abondant, qui remplit toutes les cavités de l'oreille interne.

Les artères du labyrinthe proviennent de la méningée moyenne, de la stylo-mastoïdienne, de la carotide interne et de la basilaire. Le vestibule a une veine qui se jette dans le golfe de la jugulaire interne, après avoir traversé la substance du rocher par un petit conduit dont l'orifice est voisin de celui de l'aqueduc. Quelques-unes de ses racines viennent des canaux demi-circulaires. Le limaçon a une autre veine, qui sort de la rampe interne, près de l'aqueduc, traverse le rocher, et s'ouvre dans le sinus latéral.

II. C'est à peu près vers le second mois de la gestation que la partie externe de l'organe auditif commence à se montrer dans l'embryon. Elle apparaît sous la forme d'une petite éminence triangulaire, dont le centre est garni d'une incisure longitudinale, indiquant la trace de la conque. L'anthélix se montre dès le troisième mois. Le lobule est la dernière partie qui s'isole. D'ailleurs le pavillon de l'oreille est d'autant plus petit, proportionnellement à la tête, que le fœtus est lui-même plus jeune. Son cartilage se développe dès le troisième mois, quoiqu'il ne soit pas encore entièrement achevé à l'époque de la naissance. La portion osseuse du conduit auditif externe commence à se former quelque temps après la naissance, par l'accroissement du cadre du tympan. La peau qui le tapisse est plus molle et plus épaisse que chez l'adulte.

La caisse du tympan est, proportion gardée, plus étroite

dans les premiers temps de la vie qu'à une époque plus éloignée, parce que l'apophyse mastoïde n'a encore presque pas pris de développement. Un liquide épais et gélatineux la remplit chez l'adulte. Le cadre du tympan, et par suite la membrane elle-même, sont d'autant plus étendus que l'embryon est plus jeune : à cinq mois, tous deux surpassent encore le pavillon de l'oreille. En même temps ils sont plus rapprochés de la surface du corps, de sorte que leur partie supérieure se trouve presqu'en contact avec l'entrée de la portion cartilagineuse du conduit auditif externe. La membrane est d'abord beaucoup plus oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

Les osselets sont déjà formés, quoique encore cartilagineux, au troisième mois de la gestation. Ce sont, de tous les os du corps, ceux qui paraissent et se développent les premiers. Dans le fœtus à terme, ils sont aussi volumineux que chez l'adulte. Ils commencent à s'ossifier dès le troisième mois.

Le labyrinthe membraneux existe bien avant l'osseux. On le trouve dès le troisième mois, parfaitement développé dans la masse cartilagineuse du rocher. Il est même alors plus facile à démontrer que dans la suite, et formé de membranes plus dures, plus résistantes. Ces membranes sont d'abord au nombre de deux, superposées; mais, peu à peu, l'extérieure disparaît, et l'on n'en trouve plus de traces à sept mois.

Le labyrinthe osseux commence à se former avant la substance osseuse du rocher; et, comme sa formation coïncide avec la disparition de la membrane extérieure du labyrinthe membraneux, il n'est pas improbable que celle-ci lui donne naissance.

III. Les vices de conformation de l'organe de l'ouïe sont, l'absence du pavillon de l'oreille, son occlusion, l'absence du lobule, son adhérence avec la peau de la tête, la grandeur excessive du pavillon, l'absence d'un ou de plusieurs osselets, leur développement extrême, la fusion des cavités labyrinthiques en une seule, etc. La plupart de ces difformités sont congéniales, et résultent d'un arrêt de développement.

IV. Les *plaies* de la conque auriculaire doivent être immédiatement réunies au moyen d'emplâtres agglutinatifs ou de quelques points de suture, suivant que la division est plus ou moins étendue, et comprend ou non toute l'épaisseur de l'organe. Cette partie est une de celles que l'on assure avoir été réappliquées avec succès après une ablation complète; mais il est permis d'élever quelques doutes sur l'exactitude de ces assertions. Elles doivent seulement engager à ne jamais achever de séparer le pavillon de l'oreille, quelque faible que paraisse le lambeau qui le retient encore au reste de la tête : on a vu la réunion s'opérer alors, et des guérisons inespérées

avoir lieu. Bien qu'il ne faille pas partager le sentiment des anciens sur le danger des piqûres faites au fibro-cartilage auriculaire, on doit cependant accorder une grande attention aux blessures de ce genre, parce qu'elles sont assez fréquemment suivies de l'inflammation du tissu cellulaire dense et serré qui recouvre cette partie. Il faut également, lorsqu'on a recours à la suture, éviter de multiplier les points d'aiguille au-delà de ce qui est rigoureusement indispensable. Enfin, toutes les fois qu'un bandage doit passer sur l'oreille, surtout si cette partie est enflammée, il faut éviter de la comprimer, et placer, d'une part, un coussinet de charpie entre la tête et la conque, de l'autre, remplir les anfractuosités de celle-ci, afin qu'elle ne soit ni pressée inégalement, ni appliquée contre les os du crâne. Lorsqu'on néglige ces précautions, les bandages les plus simples deviennent promptement insupportables; ils occasionent de violentes douleurs, et, dans certains cas, la phlogose, ou même la gangrène de toute l'épaisseur de la conque.

Les érysipèles, les dartres, les ulcères du pavillon de l'oreille ne présentent aucune indication particulière. Les *abcès* de cette partie doivent être ouverts à leur point le plus déclive, et l'on en comprimera ensuite les parois afin de faciliter une mutuelle agglutination. Il est rare que le lobule de l'oreille manque; et, dans ce cas, il n'en résulte ni gêne, ni difformité. Il n'en est pas de même de la longueur trop considérable de cet appendice, que Boyer a vu descendre jusque sur le cou et recouvrir une partie de la joue. Il faut alors marquer avec de l'encre la forme qu'il doit avoir, et retrancher, avec des ciseaux, tout ce qui excède les proportions normales. La perte entière de la conque auriculaire occasione une difformité assez désagréable et une dureté d'ouïe qui se dissipe cependant, chez le plus grand nombre de sujets, après un temps fort court. Il serait toutefois facile de remédier à la perte de l'organe, en faisant construire un cornet acoustique, léger, en cuir bouilli, et qui ressemblerait, pour la forme et la coloration, à la conque opposée. Un tube d'argent, à parois minces, engagé dans le conduit auditif externe, terminerait le cornet dont il s'agit, et le maintiendrait facilement dans la situation qu'il doit conserver.

La perforation du lobule de l'oreille est une opération trop peu importante pour nous occuper long-temps ici. On l'exécute en plaçant sous la partie un bouchon de liége qui lui sert d'appui, et dans lequel s'enfonce la tige cylindrique avec laquelle on la traverse. Un cylindre de plomb ou un anneau d'or passés dans le trou qui vient d'être fait, le maintiennent béant jusqu'à la formation de la cicatrice. Un gonflement léger et une suppuration médiocre sont les suites ordi-

naires de cette perforation, que la mode fait plus souvent exécuter que la nécessité de placer un exutoire au voisinage des yeux ou du nez.

Le *conduit auditif externe* peut être le siége de lésions nombreuses, dont le résultat ordinaire est un obstacle apporté au passage des vibrations sonores, et par conséquent l'imperfection ou la perte entière de l'ouïe. Les enfans naissent quelquefois avec ce canal oblitéré, soit par une lame cutanée anormale, soit par l'agglutination mutuelle de ses parois membraneuses, soit enfin par l'absence totale du conduit osseux du temporal. Dans le premier cas, la conque auriculaire est parfaitement conformée. On observe seulement, à sa partie la plus profonde, une cloison tantôt mince et molle, tantôt solide et résistante, qui occupe, ou l'orifice du canal auriculaire, ou son milieu, ou le voisinage de la membrane du tympan. La pression exercée sur cette membrane avec le doigt ou au moyen d'un stylet mousse, permet de reconnaître son épaisseur, et de sentir le vide formé derrière elle par la portion du conduit qu'elle recouvre. Lorsque la cloison dont il s'agit est placée à l'extérieur, il est facile de l'inciser crucialement avec la pointe d'un bistouri, et d'en emporter les lambeaux. Une tente de charpie introduite dans l'oreille sert ensuite à empêcher la formation d'une cicatrice trop étroite. Chez les sujets où cette espèce de diaphragme est plus profondément situé, la prudence conseille d'entourer la lame du bistouri de linge jusque près de sa pointe, afin d'éviter la lésion de la membrane du tympan. Les lambeaux ne pouvant être emportés, il faut les abandonner, en les tenant soigneusement écartés avec une mêche solide. Enfin, dans les cas plus rares où la production anormale est tellement rapprochée de la cloison du tympan qu'elle semble y adhérer, on peut, à l'exemple de Leschevin, porter sur elle un cylindre de nitrate d'argent fondu, et la détruire par exfoliation. Cette opération est des plus simples. Le sujet étant exposé à un vif rayon de lumière, et la conque de l'oreille étant portée en haut, afin d'effacer la courbure du conduit, on porte le caustique, enchâssé à l'extrémité d'un tuyau de plume, sur la membrane que l'on se propose de percer, et on l'y laisse séjourner pendant une demi-minute environ. Cette application doit être réitérée tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que l'ouverture désirée paraisse assez considérable.

L'oblitération congéniale du canal auriculaire qui dépend de la mutuelle apposition de ses parois membraneuses, est beaucoup plus grave que la précédente. Il est difficile de déterminer, en effet, sur le plus grand nombre des malades, si l'occlusion est complète et s'étend à toute la longueur du conduit, ou si elle est bornée à son tiers ou à sa moitié antérieure.

Cette incertitude exige que le chirurgien redouble d'attention dans l'examen des parties, et de prudence dans l'exécution de l'opération que leur état anormal réclame. L'extrémité du doigt indicateur, portée à l'endroit où le canal doit exister, permet ordinairement de sentir l'existence du canal osseux, malgré la présence des parties molles qui le ferment. Dans ces cas, l'audition ne saurait être exécutée, et les organes de la parole, demeurés sans instruction, restent inactifs. Afin de remédier à d'aussi déplorables infirmités, on peut, la conque auriculaire étant tirée en haut, et le sujet convenablement maintenu, plonger dans la direction du canal, et à l'endroit où il devait exister, un petit trois-quarts, dont le poinçon soit peu aigu et le moins saillant possible au-delà de la canule. On peut enfoncer l'instrument depuis deux jusqu'à quatre et cinq lignes. Lorsque le défaut de résistance fait connaître que l'obstacle est surmonté, il faut ôter le poinçon du trois-quarts, et, à l'aide de sa canule, introduire dans l'oreille un bout de bougie de gomme élastique, auquel on fait succéder ensuite des mèches de charpie. Si, dans ces occasions, le conduit auditif était entièrement fermé, et que la surdité fût absolue, ne pourrait-on pas plonger le trois-quarts jusque dans la caisse du tympan, et perforer la membrane qui la ferme, après avoir traversé la substance anormale placée au devant d'elle? Rien ne nous semble contre-indiquer cette opération, dont le résultat le plus défavorable serait de laisser le sujet sans soulagement.

Lorsque le canal osseux du temporal manque entièrement, la conque auditive elle-même ne s'est pas développée. La région auriculaire est, dans toute son étendue, plane, solide, et sans aucune trace de perforation. Un tel état est absolument incurable.

L'inflammation des parois du conduit auditif externe doit toujours être promptement et activement combattue à l'aide des médications antiphlogistiques et résolutives. Elle est facile à reconnaître, et l'on doit insister sur l'emploi des moyens curatifs qu'elle réclame, jusqu'à ce que ses dernières traces aient disparu. Chez les jeunes sujets, ainsi que le fait observer Itard, le canal étant fort étroit, la tuméfaction met promptement ses parois en contact, et lorsqu'elles y demeurent pendant quelque temps, elles peuvent contracter des adhérences, qui, après la guérison de la maladie, les empêcheront de revenir sur elles-mêmes, et seront la cause de l'occlusion du conduit. Ces oblitérations, accidentellement survenues après la naissance, doivent être détruites par les mêmes moyens que si elles étaient congéniales. Chez les sujets adultes, l'irritation de la membrane qui tapisse le conduit auditif externe est souvent fort opiniâtre; elle persiste pendant fort long-temps à l'état

chronique, présentant seulement à certains intervalles des recrudescences, que les causes les plus légères suffisent pour déterminer. Or, sous l'influence de ces phlegmasies prolongées, la membrane muqueuse, le tissu cellulaire, et même le fibro-cartilage qu'elle recouvre s'épaississent et déterminent un tel rétrécissement du conduit, que, chez certains sujets, il peut à peine admettre le stylet le plus délié. Combattre l'irritation de la manière la plus rationnelle, et dilater le canal par l'introduction de mêches et de bougies de gomme élastique, dont on augmente graduellement le volume; telles sont les indications qui se présentent alors, et qu'il faut s'efforcer de remplir.

Dans les cas de ce genre, la sécrétion du cérumen est toujours plus ou moins altérée; mais ce phénomène disparaît lorsque les parties ont repris leur état normal. Il serait dangereux d'employer, pour atteindre ce but, le moyen préconisé par Earle. Ce praticien conseille en effet de détruire une portion de la membrane épaissie du conduit auriculaire, en y injectant une dissolution de nitrate d'argent; mais qui ne voit que, l'action de ce caustique ne pouvant être bornée à volonté, il peut aisément atteindre et détruire la membrane du tympan? Si donc on croyait devoir désorganiser la portion tuméfiée des parois du conduit auditif, il faudrait porter sur elle ou un caustique solide, ou un pinceau chargé de quelque préparation escarrotique. Ce moyen, ainsi modifié, peut être, dans certains cas, d'une utilité d'autant plus grande qu'en même temps qu'il élargit le conduit obstrué, il modifie puissamment les mouvemens vitaux dans les parties qu'il atteint, et tend à les ramener à leur état normal.

Chez quelques sujets, les parois du conduit auditif, bien que non tuméfiées d'une manière notable, se rapprochent d'un côté à l'autre, et diminuent, en l'aplatissant, le passage que doivent parcourir les vibrations sonores. D'autres fois le tragus, l'anti-tragus et l'anthélix, rapprochés au fond de la conque auditive, obstruent l'orifice du canal auriculaire, et déterminent ainsi la dureté de l'ouïe. C'est dans ces cas que des canules d'argent, longues de quelques lignes, à parois minces, et susceptibles d'écarter les parties rapprochées, sont spécialement utiles, et rétablisseut l'intégrité des fonctions de l'oreille. Larrey pense que, chez quelques sujets, la perte prématurée des dents molaires de l'une ou de l'autre mâchoire, le développement de tumeurs lymphatiques à la région mastoïde, ou enfin des cicatrices difformes situées au voisinage de la conque auditive peuvent occasioner des déviations du conduit auriculaire dont elles obstruent l'orifice, et rendre ainsi la perception des sons difficile ou même impossible. Les canules métalliques semblent à ce praticien présenter plusieurs incon-

véniens, et il leur préfère de petits cornets en gomme élastique, légèrement recourbés, longs de cinq à six lignes, qui pénètrent dans le conduit auditif. L'extrémité extérieure de ces cornets est évasée, et s'engage entre les replis du tragus, de l'anti-tragus et de l'anthélix, qu'elle écarte, en les plaçant dans des rapports convenables avec l'orifice du canal que leur tige occupe. Colorés avec un vernis inaltérable, couleur de chair, et placés au fond de l'oreille, les instrumens dont il s'agit n'occasionent ni gêne, ni difformité.

Des corps étrangers de nature variée peuvent être introduits dans le canal auditif externe. Ils viennent de l'extérieur, ou sont formés dans les parties elles-mêmes. Les substances liquides introduites dans l'oreille déterminent au fond de cet organe une sensation désagréable, qui ne tarde pas à se dissiper, l'inclinaison de la tête sur le côté qui en est le siége suffisant pour en faire disparaître la cause. Si cependant ces liquides, étant épais et visqueux, ne pouvaient s'écouler spontanément, il conviendrait de les absorber avec une mèche de coton ou de charpie portée dans le conduit qu'ils irritent. Les insectes qui pénètrent quelquefois au fond du canal externe de l'oreille y provoquent une douleur vive, continuelle, avec des exaspérations correspondantes aux mouvemens les plus violens de l'animal, et une otite intense ne tarde pas à se manifester. Il faut alors examiner la partie avec attention, et retirer l'insecte, soit en le saisissant avec des pinces, soit en l'enchevêtrant dans une boulette de coton, soit enfin en l'attirant au moyen d'une substance visqueuse et collante portée sur lui. Si ces procédés ne réussissent pas, il convient de faire coucher le sujet sur le côté sain, et de remplir le conduit d'huile d'amandes douces. Bientôt l'animal cesse de remuer, périt, et rien ne s'oppose plus à son extraction.

Les boulettes de papier ou de verre, les haricots, les pois et tous les corps étrangers du même genre introduits dans les oreilles, doivent en être promptement retirés. Ils déterminent de vives inflammations, des céphalalgies habituelles; chez plusieurs sujets, des otorrhées opiniâtres, la carie des os, la désorganisation de l'appareil auditif et même la mort ont été la suite de leur séjour dans ces parties. Les accidens de ce genre sont assez fréquens chez les enfans. On doit alors examiner avec attention la nature, la forme et la situation du corps étranger. Si sa figure est irrégulière, et qu'on puisse le saisir avec des pinces déliées et solides, ce moyen doit être préféré à tout autre. Mais il faut éviter de l'appliquer à des corps arrondis et durs sur lesquels les mors de l'instrument n'auraient pas de prise, et qui seraient à chaque fois plus profondément repoussés par eux au fond de l'organe. Dans ces

cas, une petite curette, glissée entre les parois du conduit et le corps étranger, et parvenue derrière celui-ci, sert à le pousser au dehors. C'est ordinairement le long de la paroi inférieure du canal que l'instrument doit être porté, à raison de la situation oblique de la membrane du tympan, de la courbure en bas du conduit lui-même, et surtout de la plus grande étendue de son diamètre vertical, par lequel le corps étranger est moins serré que par le diamètre opposé. Lorsque ce corps est fragile, comme le serait une boule creuse de verre, il faut éviter de le briser dans l'organe, ou, si cet accident arrive, s'efforcer d'en extraire tous les fragmens, afin de prévenir la violente inflammation qu'ils occasioneraient. Enfin, dans les cas où les substances introduites dans l'oreille sont molles, susceptibles de se gonfler par l'humidité, et retenues avec beaucoup de force, il est quelquefois possible de les diviser avec un bistouri entouré de linge jusque près de sa pointe. Ce procédé doit être employé toutes les fois qu'il semble praticable. La saine pratique ne permet presque jamais d'abandonner à eux-mêmes les corps étrangers qui nous occupent, et de confier leur expulsion à la nature; car, si on les a vus détachés et portés au dehors par la suppuration, dans un bien plus grand nombre de cas, ils ont occasioné les accidens les plus dangereux. L'indication de les retirer promptement est d'autant plus pressante qu'ils occasionent des douleurs plus vives, et qu'ils sont susceptibles d'augmenter de volume. Il est presque inutile d'ajouter que, pour faciliter leur sortie, et rendre le jeu des instrumens moins pénible, quelques injections huileuses doivent être d'abord faites dans le conduit : des saignées locales, destinées à diminuer le gonflement des parties irritées, peuvent être fort utiles. Enfin, après l'opération, des applications de sangsues et d'autres moyens du même genre sont fréquemment utiles, afin d'apaiser l'irritation dont l'organe continue d'être le siége.

Parmi les substances étrangères que le conduit auditif externe peut recéler, le cérumen mérite une attention spéciale. Cette humeur, devenue, chez quelques sujets, plus abondante et plus épaisse que dans l'état normal, s'accumule au fond du canal auriculaire, s'y durcit par l'évaporation ou l'absorption de ses parties les plus ténues, et forme enfin un bouchon qui s'oppose entièrement au passage de l'air et des ébranlemens sonores. Les sujets adultes et les vieillards sont plus exposés que les enfans aux lésions de l'audition produites par cette cause. Il est permis de penser que la surdité a été déterminée par l'accumulation cérumineuse lorsqu'elle est survenue lentement, sans avoir été précédée de douleurs internes, ou d'écoulemens par l'oreille, et d'une manière en quelque sorte

spontanée. Si alors on examine le conduit auditif en l'exposant à un rayon de soleil, on y trouve un corps jaunâtre ou brunâtre, plus ou moins dense, insensible, qui en occupe le fond, et remplit plus ou moins complétement sa cavité. Cette cause de la surdité étant reconnue, on la détruit aisément. Il suffit pour cela de ramollir la masse formée par le cérumen au moyen de l'eau de savon ou de l'huile tiède, et de l'extraire ensuite avec une curette ou avec des pinces.

Participant à l'organisation de la peau et à celle des tuniques muqueuses, la membrane qui tapisse le conduit auditif externe devient quelquefois le siége de tumeurs en partie cutanées et en partie semblables aux polypes des fosses nasales, de l'utérus ou du vagin. Ces productions sont tantôt molles et en quelque sorte vésiculeuses, tantôt solides, au contraire, et formées par le tissu fibreux. Ordinairement implantées à l'orifice externe du conduit, et, ne pouvant le dilater, elles se portent bientôt au dehors, s'y développent, remplissent le fond de la conque auditive, et quelquefois dépassent son niveau, de manière à tomber sur le cou. Lorsque les tumeurs de ce genre sont peu volumineuses, et que leur pédicule est mince, on peut facilement les exciser avec des ciseaux à lames fines et bien évidées. Mais ordinairement elles naissent d'un point trop reculé du canal pour que cette opération soit praticable, et il faut lui préférer l'arrachement ou la ligature. On exécute le premier de ces procédés en saisissant le polype le plus près possible de sa base, avec des pinces à branches fenêtrées et garnies de dentelures, et on l'attire au dehors en le tordant sur lui-même. L'écoulement sanguin qui suit son arrachement doit être arrêté au moyen de quelques bandelettes de charpie entassées dans le conduit auditif. Si l'on préfère à ce procédé la ligature, il faut la porter sur le pédicule du polype à l'aide du porte-nœud de Desault, et l'étreindre ensuite avec le serre-nœud de ce praticien. Ces instrumens doivent être construits sur d'assez petites dimensions pour s'accommoder à la délicatesse des parties sur lesquelles on les fait agir. Le pronostic des polypes qui nous occupent ne doit pas être aussi favorable qu'on le croit généralement. Leur existence est souvent liée à celle d'un état fongueux de toute la membrane qui leur donne naissance, et leur destruction alors, ainsi que le fait observer Itard, est rarement suivie d'une amélioration durable dans les fonctions de l'oreille.

Quel que soit le moyen que l'on ait employé pour débarrasser le conduit auditif de la tumeur qui l'obstruait, il reste presque toujours une portion de son pédicule qu'il faut cautériser afin de prévenir la récidive du mal. Cette seconde opération peut être exécutée de la manière suivante : le sujet étant convenablement situé, on introduit au fond du canal, et au-

delà des racines de la tumeur, un petit bourdonnet lié, dont le fil pend à l'extérieur, et qui a pour objet de préserver la membrane du tympan de toute atteinte. Un trochisque fort mince de nitrate d'argent fondu, ou un pinceau chargé de chlorure d'antimoine liquide sont ensuite portés sur le point à cautériser, et doivent y être laissés pendant quelques secondes. On absorbe ensuite les parcelles détachées du caustique, et l'on retire le bourdonnet qui occupe le fond du canal. Cette opération réitérée trois ou quatre fois suffit pour achever de détruire le reste du polype, et pour assurer la guérison. Les caustiques ne sont plus mis en usage contre la tumeur elle-même, qu'ils irritent et qu'ils sont susceptibles de faire passer à l'état cancéreux. Le cautère actuel employé par Scultet et par Marchettis pour consumer les racines des polypes auriculaires arrachés, doit être constamment proscrit, à raison de la facilité avec laquelle son action peut se propager aux parties profondes de l'organe de l'audition.

Il ne doit être ici question ni de l'OTITE, ni de l'OTORRHÉE; nous nous bornerons à faire observer que les ulcères du conduit auditif, ainsi que les irritations habituelles dont il peut devenir le siége, dépendent fréquemment des titillations que les malades y exercent, ou de l'abus des préparations irritantes qu'ils y appliquent, soit en pommades, soit en injections. L'oreille est un organe doué d'une telle délicatesse qu'il faut toujours éviter de la tourmenter inutilement, et que les substances adoucissantes sont presque les seules qui conviennent au traitement local de ses maladies. Si l'on croit devoir quelquefois recourir à d'autres moyens, ce ne doit être qu'avec une grande réserve, et en observant attentivement leurs effets.

Les tumeurs purulentes qui se forment à la *région mastoïdienne* doivent exciter toute l'attention des chirurgiens. Elles diffèrent entre elles de siége et de gravité. Les unes, placées immédiatement sous la peau, ont l'apparence et suivent la marche des phlegmasies ordinaires. La suppuration s'y forme avec rapidité, et souvent, au lieu d'amincir et de perforer les tégumens, elle glisse vers le conduit auriculaire, détache le fibro-cartilage qui le garnit, s'ouvre un passage dans l'oreille, et s'écoule par sa cavité. Mais comme les ouvertures ainsi formées sont situées plus haut que le fond de l'abcès, et que leur étendue est peu considérable, le foyer ne saurait se déterger, et elles demeurent fistuleuses. On reconnaît les cas de ce genre aux circonstances commémoratives, à l'empâtement de la région mastoïdienne, et à la sortie plus considérable du pus, toutes les fois qu'on la comprime. Les abcès de la seconde espèce se forment sous les aponévroses et le périoste du crâne; ils reconnaissent presque toujours pour cause l'inflammation, la carie

ou la nécrose des cellules mastoïdes. Des douleurs vives, profondes, lancinantes dans la région affectée précèdent leur apparition ; la peau semble d'abord soulevée par un empâtement mal circonscrit, au centre duquel se fait sentir une fluctuation d'abord obscure et profonde, et qui se rapproche graduellement de l'extérieur. La tumeur est moins saillante et plus large que dans le premier cas ; aucun engorgement phlegmoneux bien caractérisé n'a précédé sa formation ; et si l'on ajoute à ces signes l'absence de causes occasionelles extérieures, et les circonstances commémoratives indiquées plus haut, il sera difficile de la confondre avec celles qui dépendent d'un véritable phlegmon.

Tantôt le pus fourni par la lésion de l'apophyse mastoïde se fait directement jour au dehors à travers la peau, tantôt il reflue vers l'oreille, s'épanche dans la caisse du tambour, et, perçant la membrane du tympan, sort par le conduit auditif externe ; tantôt enfin il pénètre dans le crâne, soulève la dure-mère, et enflamme au loin sa face externe, qu'il détache des os. Le premier cas est facile à reconnaître à l'issue à travers l'ulcération des tégumens d'un pus grisâtre, altéré, semblable à celui que fournissent toutes les caries. Dans le second, un liquide du même genre sort par l'oreille, et lorsque, se fermant le nez et la bouche, le sujet fait un effort d'expiration, l'air sort en sifflant à travers la membrane perforée du tympan. Enfin, dans le troisième, aucun écoulement n'a lieu au dehors ; la tumeur s'affaisse sous les doigts, et reparaît plus saillante et plus dure lorsque le sujet, s'opposant à la sortie de l'air, fait un violent effort d'expiration. Plus dangereuse dans le second cas que dans le premier, la maladie qui nous occupe est constamment mortelle dans le troisième, où l'inflammation des méninges, l'irritation et quelquefois la dégénérescence des parties voisines du cerveau, ne manquent jamais de déterminer la fièvre hectique, le marasme, et enfin tous les phénomènes de l'ENCÉPHALITE chronique.

De quelque nature qu'ils soient, les abcès de la région mastoïdienne doivent être incisés aussitôt que la fluctuation s'y fait sentir. En ouvrant au pus une issue libre et facile, on prévient les ravages que sa diffusion pourrait occasioner, et la lésion des parties les plus importantes de l'oreille. Si les collections dont il s'agit se sont déjà fait jour dans le conduit auditif, le meilleur moyen de tarir l'écoulement fistuleux qui en résulte consiste dans l'incision du corps de la tumeur, et dans l'établissement d'une contre-ouverture plus convenablement située que la première. Une simple division longitudinale des parties molles suffit lorsque l'ulcère est phlegmoneux ; dans les autres cas, il faut inciser la peau crucialement, découvrir toute l'étendue de la maladie de l'os, et en explorer

avec soin la surface. Si cet organe est seulement dénudé de son périoste, on le voit s'exfolier plus ou moins promptement, et ensuite se couvrir de bourgeons celluleux et vasculaires, qui servent de base à une bonne cicatrice. Des pansemens simples suffisent alors pour conduire le sujet à la guérison. Mais dans les cas plus graves, où la carie a profondément désorganisé la substance osseuse, il faut l'attaquer par la rugine, et même avec le cautère actuel porté au fond de la plaie avec assez de prudence pour que son action ne s'étende pas aux parties que renferme le crâne. Après toutes les opérations de ce genre, on doit s'opposer à l'occlusion de la plaie jusqu'à ce que la consolidation des parties intérieures soit complète, et que l'on n'ait plus à redouter la formation d'une nouvelle collection purulente. Si elle se fermait par exemple avant que les exfoliations de l'os fussent terminées, on ne tarderait pas à voir tous les accidens se reproduire et nécessiter de nouvelles opérations. En général, les caries profondes de l'apophyse mastoïde sont accompagnées et suivies d'une abolition plus ou moins complète et incurable de la faculté d'entendre.

La *membrane du tympan* est susceptible, après les inflammations réitérées et prolongées de l'oreille, d'acquérir une épaisseur considérable et un surcroît de densité qui s'opposent à ce qu'elle obéisse aux vibrations sonores et les transmette aux osselets. Dès-lors l'ouïe devient imparfaite, ou cesse entièrement d'être exécutée. On reconnaît cet épaississement de la membrane du tympan à la perte de sa transparence et aux circonstances commémoratives de la maladie. Lorsque l'otite qui a précédé était externe, produite par un érysipèle de la tête, ou le résultat d'une éruption dartreuse fixée dans le conduit auriculaire, il est permis, surtout si le sujet est jeune, d'espérer que son infirmité pourra être guérie. Il n'en est pas de même, ainsi que le fait observer Itard, dans les cas plus communs et plus graves où la phlogose occupait l'oreille interne, parce qu'alors elle a sans doute étendu son action autant aux articulations des osselets, à la membrane de la fenêtre ronde, et peut-être aux parties molles des cavités labyrinthiques, qu'à la membrane du tympan. L'affection de cette dernière partie n'est que la moindre portion d'un désordre très-considérable, et qu'on conçoit aisément devoir être au-dessus de toutes les ressources de l'art. La perforation est, au reste, le seul moyen que l'on puisse opposer aux lésions qui nous occupent; et comme cette opération ne saurait en aucune manière aggraver la surdité, rien ne s'oppose à ce qu'on la pratique dans les cas même où le succès paraît le moins vraisemblable.

Des corps étrangers portés avec violence au fond du conduit auditif externe, des ébranlemens très-considérables produits dans l'air par les fortes détonations, telles sont les causes qui

déchirent le plus fréquemment la membrane du tympan. Le cérumen accumulé et durci dans le conduit auditif peut, ainsi que l'a fait observer Ribes, user et détruire la membrane avec laquelle il est habituellement en contact, à peu près sans doute comme toutes les tumeurs écartent et perforent les parties qu'elles compriment. La masse cérumineuse, après avoir provoqué l'absorption de la membrane du tympan, envahit quelquefois alors la caisse elle-même, et enveloppe les osselets qui semblent s'y implanter. Une autre cause de la perforation qui nous occupe est la saillie que forme l'extrémité inférieure du manche du marteau, lorsque cette partie, se détachant par une cause quelconque, pousse de dedans en dehors, et use enfin le point de la membrane qui lui correspond. La plupart des collections purulentes formées dans la cavité du tambour, ou qui s'y épanchent en sortant des cellules mastoïdes, ont pour effet l'irritation et l'ulcération de la membrane qui s'oppose à leur libre écoulement. Enfin, chez quelques sujets, la membrane du tympan se détruit sans cause appréciable, et finit par être entièrement absorbée. Tout porte même à penser, d'après les observations d'Itard, que son absence peut être congéniale; alors la caisse du tambour est entièrement vide et confondue avec le conduit auditif externe.

On reconnaît la perforation de la membrane du tympan à la facilité avec laquelle les sujets, fermant la bouche et les narines, font sortir l'air par l'oreille durant les efforts d'expiration. A la simple inspection de la partie, il est d'ailleurs presque toujours facile de reconnaître et la situation et l'étendue de la perforation. Les résultats qu'elle entraîne sont plus ou moins graves. Plusieurs praticiens assurent qu'elle n'a pas nui, chez beaucoup de sujets, à la délicatesse de l'ouïe; mais d'autres observateurs prétendent au contraire qu'elle affaiblit ou détruit presque toujours les fonctions de l'organe. L'expérience apprend à concilier ces assertions opposées. Lorsque la membrane a été simplement décollée dans une petite portion de sa circonférence, ou percée d'un trou peu étendu, placé loin de l'insertion du manche du marteau, il est vraisemblable que la nature se suffira pour cicatriser la plaie et faire disparaître la solution de continuité. Un semblable résultat ne peut être obtenu lorsque la destruction de la membrane est plus étendue. Chez le plus grand nombre des sujets, l'oreille interne dans laquelle l'air extérieur pénètre et se renouvelle trop promptement, contracte par cette cause une irritation tantôt vive, aiguë et accompagnée des symptômes inflammatoires intenses, tantôt au contraire, lente, obscure, à peine sensible. Dans le premier cas, la suppuration qui envahit la caisse détache les osselets, et achève souvent de détruire les restes de la

membrane ; dans le second, les parties s'épaississent, perdent leur délicatesse et leur élasticité, de manière à cesser, après un temps plus ou moins long, de remplir leurs fonctions.

L'art, dans les plaies de la membrane tympanique, n'a d'autre indication à remplir que de s'opposer à l'entrée trop brusque de l'air par le conduit auditif, et de prévenir ou de combattre, par les saignées locales et les autres moyens les mieux appropriés, l'inflammation dont la caisse du tambour tend à devenir le siége. Le repos de l'organe, produit par l'occlusion du conduit auditif externe, favorise le travail réparateur de l'organisme, et permet à l'oreille de s'habituer par gradations au nouveau stimulant à l'action duquel elle est soumise. Dans les cas les moins heureux, les antiphlogistiques ont l'avantage de s'opposer au développement de l'otite, de l'otorrhée et de l'otalgie, dont les sujets sont menacés. On ne doit pas oublier seulement, lorsqu'il faut prononcer sur ces lésions, que le plus grand nombre de perforations centrales de la membrane du tympan sont suivies de la surdité, et que cette infirmité, lorsqu'elle est déterminée par une cause de ce genre, est toujours incurable.

Ce que l'on a dit du relâchement et de la tension de la membrane du tympan considérés comme causes ou effets de lésions diverses dans les autres parties de l'oreille, est entièrement hypothétique. Il en est de même des états analogues dont on a cru les autres membranes auditives susceptibles. Les lésions de ces dernières parties surtout, sont impossibles à reconnaître, et par conséquent ne peuvent servir de base à aucune indication curative rationnelle.

L'inflammation prolongée de la *caisse du tambour* et des autres parties de l'oreille interne a souvent pour effet l'ulcération fongueuse des membranes qui les tapissent, la nécrose et la carie des os, la désarticulation et la chute des osselets. Il est presque toujours fort difficile de reconnaître exactement toute l'étendue du désordre, et l'on doit se borner à combattre par des moyens appropriés l'irritation qui en est la cause première, laissant à la nature le soin de ramener ensuite les parties affectées à leur état normal, et de rétablir plus ou moins complètement les fonctions auditives. Lorsque la carie ou la nécrose persiste après que l'inflammation aiguë est dissipée, les injections et même les douches avec les eaux de Barège, de Balaruc ou autres, sont ordinairement utiles, et favorisent la détersion des ulcères, ainsi que l'exfoliation des pièces osseuses frappées de mort. Le traitement de ces maladies ne diffère pas essentiellement de celui que réclament les lésions analogues des autres parties du système osseux.

La cavité tympanique est susceptible de s'emplir et de s'engouer de matières diverses qui, retenant immobiles les

osselets et les membranes de l'oreille interne, rendent l'audition plus ou moins imparfaite. Cette lésion est assez fréquente chez les sourds-muets et chez les enfans qui ont perdu l'ouïe durant le premier âge. On trouve alors la caisse occupée par des substances tantôt gélatineuses, tantôt semblables à la craie ou au caséum, et qui rendent impossible l'exécution des fonctions de l'organe affecté. Chez les adultes on a trouvé, après les violentes commotions du crâne, la cavité du tambour occupée par du sang épanché, et quelquefois par de la sérosité sanguinolente. Du pus, provenant, soit de l'inflammation propre de cette partie, soit d'abcès formés dans l'apophyse mastoïde, soit enfin de collections développées au voisinage des trompes, et ouvertes dans la cavité de ces organes, obstrue fréquemment la caisse, et, comme nous l'avons dit plus haut, tend à s'ouvrir un passage à travers le conduit auditif externe. Enfin, les sujets jeunes et lymphatiques sont assez souvent affectés de ce que l'on pourrait appeler engouement catarrhal de la caisse du tambour. Itard, qui a réuni des notions précieuses sur cette maladie, fait observer qu'elle coïncide en général avec les flux muqueux de la gorge et de l'estomac; les personnes qui en sont atteintes présentent ordinairement des chairs molles, et un visage pâle et blafard. Lorsque de pareils sujets, sans douleurs, sans écoulement, sans concrétions ni excroissances dans le conduit auditif externe, sont atteints d'une surdité qui s'accroît graduellement sans cause appréciable, il est vraisemblable qu'elle dépend de l'engorgement muqueux de la caisse du tambour. Assez souvent la gorge est alors incessamment remplie de glaires, la voix est altérée et nasillarde, le conduit auditif externe se remplit d'un cérumen abondant et liquide, enfin la faculté d'entendre éprouve des variations indépendantes de la température ainsi que de l'état hygrométrique de l'atmosphère. Les expectorations abondantes, les efforts pour éternuer, les vomissemens, les alimens chauds et stimulans, procurent ordinairement de l'amélioration, surtout au début de la maladie, et lorsque l'audition n'est pas encore complétement abolie.

Ces divers états exigent des médications spéciales. Ainsi, lorsque la surdité succède aux plaies de tête ou aux violentes commotions qui ont ébranlé le crâne, il faut s'occuper de prévenir ou de combattre les accidens que la lésion cérébrale peut déterminer, et attendre que la résorption du liquide épanché rende aux parties contenues dans la caisse du tambour le libre exercice de leurs fonctions. Lorsque du pus forme l'épanchement, il faut combattre l'irritation qui lui a donné naissance, ouvrir aux abcès éloignés des contre-ouvertures convenables, et tarir ainsi les sources de son écoulement. Enfin, dans l'en-

gouement catarrhal, on doit recourir aux révulsifs, entretenir la transpiration cutanée, et modifier par des moyens appropriés la constitution molle et muqueuse du sujet. Dans des cas semblables, Itard commence par administrer à plusieurs reprises de petites doses d'émétique, afin de provoquer et de prolonger autant que possible la stimulation et la sécrétion plus abondante des liquides folliculeux et salivaires. Des sternutatoires actifs, tels que la poudre de muguet, sont en même temps prescrits. Après avoir fait raser la tête, il la fait, chaque jour, frictionner avec une flanelle imprégnée de vapeurs aromatiques. Enfin, un séton est établi à la nuque, et, après un certain temps, on le convertit en deux cautères, au moyen d'un pois placé dans chacune de ses ouvertures. Ce traitement, uni aux soins hygiéniques, sans lesquels on ne saurait, dans les cas de ce genre, obtenir aucun succès, est un des mieux combinés et des plus actifs dont on puisse faire usage. Si cependant il ne réussit pas, il faut recourir à l'emploi d'opérations directement pratiquées sur l'oreille, et qui ont pour objet de la débarrasser des matières étrangères qui l'obstruent. Nous en parlerons plus loin.

Les lésions du *conduit guttural* de l'oreille sont moins rares qu'on ne le pense généralement, et exercent sur les fonctions auditives une influence non moins puissante que celles dont il a été question jusqu'ici. Toutes les fois que l'air ne peut directement pénétrer de la gorge dans la caisse du tambour, et s'y mettre en équilibre avec celui qui agit de dehors en dedans sur la membrane du tympan, c'est en vain que toutes les parties de l'oreille seraient saines et bien conformées, l'audition demeurerait ou imparfaite ou abolie. Des causes nombreuses et variées peuvent produire des lésions de ce genre. Ainsi, les tumeurs, telles que les polypes, développées à la partie postérieure des fosses nasales ou dans l'arrière-bouche, sont susceptibles d'agir sur l'orifice de la trompe, de le dévier, et d'effacer plus ou moins complétement sa cavité. Les amygdales ellesmêmes, gonflées par l'irritation chronique, peuvent exercer une action analogue et produire un effet semblable. Mais, le plus ordinairement, l'obturation du conduit guttural de l'oreille est le résultat de la tuméfaction de ses parois, sur lesquelles on voit s'étendre fréquemment les phlegmasies de l'arrière-bouche, du pharynx, des piliers du voile du palais et des fosses nasales. Tantôt alors la membrane muqueuse de la trompe se tuméfie et ferme le canal qu'elle constitue; tantôt elle fournit des mucosités abondantes, visqueuses, tenaces, qui adhèrent à sa surface, et s'opposent au libre passage de l'air. Enfin, les parois du conduit auriculaire interne, enflammées avec violence ou ulcérées et maintenues pendant long-

temps en contact, peuvent contracter entre elles de solides adhérences et oblitérer pour jamais cet organe.

Le diagnostique de ces diverses lésions, sans être fort difficile, exige cependant une grande habitude et beaucoup de sagacité dans l'examen des phénomènes qui les accompagnent. Ainsi, l'inspection de la gorge et des fosses nasales est indispensable pour reconnaître la tuméfaction des amygdales, ou la présence des polypes qui agissent sur la trompe; on distingue de même l'état inflammatoire des parties voisines de l'orifice de cet organe. On s'assure en même temps par le récit du malade que la lésion de l'ouïe a commencé et s'est accrue en même temps que l'affection de la gorge; qu'elle éprouve des variations correspondantes à l'augmentation et à la diminution, soit du volume des tumeurs, soit des accidens inflammatoires. Dans tous les cas, le malade, en faisant un grand effort d'expiration pendant qu'il a le nez et la bouche fermés, n'éprouve pas ce sentiment de plénitude et même de tension douloureuse que déterminent dans l'état normal la pénétration et l'accumulation de l'air dans la cavité du tambour. Si on le couche sur l'oreille saine, et que, remplissant d'eau le conduit auditif externe du côté malade, on lui fasse exercer le même effort, aucun soulèvement sensible n'est communiqué au liquide. Lorsqu'il n'y a qu'un simple engouement muqueux, le sujet a éprouvé de sensibles améliorations dans son état; plusieurs fois, après des efforts pour éternuer ou pour se moucher, il lui a semblé sentir une subite désobstruction du conduit affecté, sensation accompagnée du retour de la faculté d'entendre. Dans les cas d'adhérence mutuelle des parois de la trompe, rien de semblable n'a eu lieu. Aucune modification ne s'est fait sentir, depuis le début de la cophose, dans les parties affectées; la maladie a succédé, soit à des inflammations très-vives, telles que celle qui accompagne la scarlatine, soit à des ulcères syphilitiques ou autres du fond de la gorge. Enfin, dans tous les cas, le malade, lorsque les fonctions de l'organe ne sont pas entièrement abolies, entend mieux ce que disent les autres que les sons qu'il profère lui-même.

On conçoit quelle variété de traitement exigent des lésions aussi diversifiées. Ainsi, dans les cas de polypes ou de lipome saillant au fond de la gorge, il faut détruire d'abord ces productions anormales. Les amygdales tuméfiées doivent être rescisées : Itard a vu, chez plusieurs personnes, cette opération rétablir parfaitement les fonctions auditives. Les engorgemens inflammatoires et les engouemens muqueux produits par l'irritation propagée de la gorge aux parois du conduit guttural de l'oreille, réclament le traitement que l'on oppose à toutes les ANGINES chroniques. Il faut seulement y ajouter

des fumigations émollientes, qui, retenues par le malade, le nez et la bouche étant fermés, seront poussées par les efforts d'expiration vers le canal engoué. Les vomitifs à dose nauséabonde sont fort utiles lorsque la vive irritation de la gorge est dissipée, et que l'estomac lui-même est sain. Les purgatifs drastiques, le séton à la nuque, les bains de vapeurs et tous les révulsifs peuvent dans ces cas recevoir une heureuse application. Enfin, le CATHÉTÉRISME et l'injection de la trompe d'Eustachi forment, dans les cas les plus rebelles, une ressource dernière et puissante que le chirurgien doit toujours employer. Il est démontré que ces moyens ne peuvent avoir de succès lorsque le canal est fermé par des adhérences, ou par le gonflement de la partie osseuse de ses parois, lésion dont il est fort difficile de reconnaître l'existence, et qui doit être combattue par la perforation de la membrane du tympan. Cette opération doit également être pratiquée lorsque les engouemens que l'on croyait moins graves ont résisté à tous les moyens indiqués plus haut.

Il résulte de cette rapide exposition des maladies principales dont les diverses parties de l'oreille peuvent être le siége, qu'à l'exception d'un petit nombre de lésions toutes mécaniques, la totalité des dérangemens que cet appareil éprouve sont le résultat immédiat ou éloigné de l'irritation et de la phlogose, soit des parties molles, soit des os qui entrent dans sa composition. Les moyens antiphlogistiques et les révulsifs composent donc, en définitive, la base du traitement qu'il faut opposer à presque toutes les affections de l'appareil auditif. Ce n'est que quand ces moyens ont été reconnus insuffisans, qu'il est permis de recourir aux opérations par lesquelles on agit immédiatement sur les parties constitutives de l'organe, telles que la térebration de l'apophyse mastoïde, la perforation de la membrane du tympan, et les injections dirigées par la trompe d'Eustachi.

Conseillée d'abord par Riolan, et ensuite tentée avec succès par Jasser, Fielitz et Lœffler, la perforation de l'apophyse mastoïde a trouvé de zélés partisans dans Hagstrœm et Arnemann, bien que le plus souvent elle ait eu des résultats ou nuls ou funestes. Pour l'exécuter, le sujet étant assis, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, on fait avec un bistouri droit une incision cruciale de peu d'étendue sur le sommet de l'apophyse mastoïde; le périoste étant ensuite détaché de l'os, on applique sur celui-ci la lame du trépan perforatif aigu, que l'on fait pénétrer jusque dans les cellules mastoïdiennes. L'ouverture paraissant suffisante, une seringue à syphon court, conique et recouvert de linge, afin de s'adapter exactement à la plaie faite à l'os, et de prévenir le reflux du liquide, sert à faire une

injection émolliente dans l'oreille. Le liquide ainsi poussé au milieu des cellules mastoïdiennes, pénètre immédiatement dans la caisse du tambour, l'emplit et reflue par la trompe d'Eustachi vers l'arrière-bouche. Chez les jeunes sujets, et chez les femmes, ainsi que le fait observer A. Murray, le peu de développement de l'apophyse mastoïde rend cette opération moins certaine que chez les sujets adultes. On observe quelquefois que la lame osseuse qui recouvre l'éminence mamelonnée du temporal est épaisse et dépourvue de diploë; il faut alors porter l'instrument à une plus grande profondeur. Enfin il convient de ne pas pousser l'injection avec trop de force, parce que le liquide, faisant une subite irruption dans la caisse, pourrait déchirer la membrane du tympan, ainsi que cela est arrivé à Hagstrœm dans ses essais sur le cadavre.

On ne possède que deux ou trois observations bien constatées de succès de la perforation de l'apophyse mastoïde, et ces faits isolés ne sauraient contre-balancer les dangers que l'expérience et le raisonnement font reconnaître dans cette opération. Ainsi que le fait judicieusement observer Itard, il n'y a aucune ressemblance entre la perforation spontanée de l'os et celle que l'art y pratique, parce que la première est le résultat d'un travail morbide, qui a pour but l'élimination de liquides accumulés dans la caisse, tandis que l'autre va, à travers des parties saines, attaquer une cause de maladie qui peut-être n'existe pas. D'ailleurs, dans les cas de simple obstruction de la trompe, les injections par ce canal ou la perforation de la membrane du tympan doivent incontestablement être préférées à la térébration de l'apophyse mastoïde, à raison du peu de danger qu'elles entraînent. Lorsque la caisse est engouée, au contraire, de matières étrangères, il vaut mieux ou attendre que ces matières s'ouvrent spontanément un passage à travers le conduit auditif externe, ou les attaquer par l'une des deux ouvertures normales de l'oreille. Inutile et dangereuse dans tous les cas de lésion, soit à la trompe d'Eustachi, soit à la caisse du tambour, la perforation de l'apophyse mastoïde ne doit donc être pratiquée que chez les sujets où cette éminence est elle-même affectée d'une irritation profonde, remplie de pus ou cariée.

Décrit à l'article CATHÉTÉRISME, le procédé opératoire pour sonder et pour injecter la trompe d'Eustachi, constitue, lorsque l'on fait usage des instrumens d'Itard, une opération simple, facile, et absolument incapable d'entraîner aucun danger. Toutefois, l'action de la sonde sur le pavillon du conduit guttural, et celle du liquide sur l'intérieur de la caisse du tambour, provoquent des agacemens douloureux, quelquefois suivis de vertiges, d'éblouissemens et de syncopes. Ces acci-

dens se dissipent ordinairement en quelques heures; mais quelquefois le malaise, la douleur et une céphalalgie opiniâtre se prolongent plus long-temps, et continuent d'agiter les malades. Il faut alors attendre que l'organe soit revenu à son état normal avant de procéder à de nouvelles injections : il s'habitue graduellement ainsi à supporter l'action du médicament que l'on fait pénétrer dans sa cavité.

Les résultats observés à la suite des injections de la trompe d'Eustachi sont très-variables. Quelquefois les sons ont pu être immédiatement entendus; sur d'autres sujets il n'a été possible d'opérer la désobstruction du conduit qu'après plusieurs séances; dans plusieurs circonstances enfin, les résultats de l'opération n'ont paru satisfaisans qu'à l'époque où l'irritation déterminée par elle a été entièrement dissipée. Il est évident que, même après le succès, il faut encore combattre les causes de la maladie, afin de prévenir sa récidive. Aux injections d'eau tiède, qui convenaient seules d'abord, on substitue ensuite avec succès l'eau de mer, les dissolutions salines, les préparations ferrugineuses, les décoctions de plantes astringentes, etc. Les fumigations aromatiques peuvent être alors d'un grand secours. Dans certains cas d'engouement trop rebelle, on pourrait même, au moyen de la sonde d'Itard, introduire jusque dans la cavité de la trompe, une bougie de gomme élastique, analogue à celle dont on fait usage pour l'urètre, et dont le volume, graduellement augmenté, rendrait aux parties leurs dimensions normales. Le praticien que nous venons de citer a tenté une fois cette opération, mais le résultat en a été trop incomplet pour que l'on puisse prononcer définitivement sur sa valeur.

Ayant observé des circonstances où la perforation accidentelle de la membrane du tympan, chez des sujets affectés de cophose, a été suivie du rétablissement des fonctions de l'oreille, les chirurgiens ne tardèrent pas à concevoir que cette opération, exécutée par l'art, pourrait procurer les mêmes avantages. Riolan, l'un des premiers, proposa de recourir à ce moyen, qui, conseillé plus tard par G. Cheselden et J. Busson, était cependant demeuré plongé dans l'oubli lorsque Cooper et Himly en firent l'objet de leurs recherches et l'employèrent dans leur pratique. Les observations du premier de ces chirurgiens datent de 1800; elles firent concevoir les plus belles espérances, et l'on crut avoir trouvé dans l'opération nouvelle une sorte de spécifique contre la plupart des surdités jusque là considérées comme incurables. L'expérience, qui ne manque jamais de réduire les choses à leur juste valeur, ne confirma pas, dans ce cas, les promesses de quelques enthousiastes, et la perforation de la membrane du tympan, après avoir été pratiquée sans succès en France par un grand nombre de

chirurgiens habiles ,est aujourd'hui menacé d'un abandon général.

Pour exécuter cette opération, le sujet doit être assis et maintenu de manière à ce que sa tête étant fixée contre la poitrine d'un aide, un rayon de soleil tombe sur l'oreille malade et pénètre au fond du conduit auditif. La partie antérieure et inférieure de la membrane est celle sur laquelle l'instrument perforateur doit être porté, afin d'éviter sûrement le point où s'insère le manche du marteau. Au trois-quarts employé par Cooper, Itard a substitué, avec raison, un stylet d'écaille. La conque auriculaire étant relevée, afin d'effacer la courbure du conduit auditif, ce stylet, tenu de la main droite, est porté sur l'endroit indiqué de la membrane, et la perfore avec une grande facilité. Un bruit, assez semblable à celui que détermine la piqûre du parchemin se fait ordinairement entendre à l'instant où la cloison du tympan est traversée. Lorsque ce bruit n'a pas lieu, il est vraisemblable que la caisse du tambour est remplie de quelque matière étrangère, qui, si elle est liquide, paraît entre les lèvres de la plaie, et s'écoule dans le conduit auditif. Lorsque cette matière est solide, au contraire, elle oppose à la marche du stylet qui vient de pénétrer dans la cavité du tympan un obstacle continu, facile à apprécier, si on le compare à la liberté que l'instrument éprouve quaud il entre tout à coup dans un espace entièrement vide.

La perforation de la membrane du tympan, même dans les cas les plus favorables, c'est-à-dire, dans ceux de simple occlusion de la trompe d'Eustachi, ne réussit pas toujours, sans doute parce que l'irritation qui a provoqué la maladie principale a en même temps déterminé dans les parties les plus délicates et les plus profondes de l'oreille des altérations qui s'opposent au rétablissement de leurs fonctions. Deux autres circonstances peuvent ensuite faire avorter l'opération : l'une est le développement d'une phlogose intense de la caisse du tambour; l'autre consiste dans la prompte oblitération de la plaie que l'on a faite. Il ne s'agit point ici du décollement étendu de la membrane, de la lésion des osselets, de la piqûre du conduit auditif ou des parois de la caisse, lésion que peut produire l'instrument perforateur, mais que l'on évite constamment avec de l'attention et de la dextérité. Maintenir l'oreille opérée, et même celle du côté sain, à l'abri du choc des ondulations sonores; introduire dans le conduit auditif un morceau d'éponge humecté avec une décoction émolliente; recourir, suivant le besoin, aux saignées locales, telles sont les précautions à prendre afin de s'opposer au développement d'une otite toujours dangereuse après l'opération qui nous

occupe. Afin de prévenir la cicatrisation de la plaie faite à la membrane du tympan, il est inutile de faire cette plaie, ainsi que le conseille Himly, au moyen d'un emporte-pièce auquel il serait d'ailleurs impossible de fournir un point d'appui, et qui, par conséquent, ne peut agir qu'en perçant et déchirant la partie. Il suffit de porter chaque jour, entre les lèvres de la plaie, un stylet mousse enduit de cérat, jusqu'à ce que la cicatrisation de ses bords soit opérée; alors l'ouverture devient permanente, la cavité du tympan s'habitue au contact de l'air, et l'on obtient de l'opération tous les avantages dont elle est susceptible.

Le succès est toutefois fort incertain, soit par les raisons exposées plus haut, soit parce que, le diagnostique des maladies de l'oreille étant fréquemment obscur, on emploie la perforation du tympan contre des lésions auxquelles elle ne peut apporter aucun changement favorable. Himly a proposé par cette raison de diviser l'opération en deux temps. Dans le premier, que l'on pourrait nommer perforation exploratrice, il perce la membrane du tympan avec une aiguille à tricoter usée en pointe à son extrémité, et il observe les effets qui en résultent. Si le malade entend, la petite plaie étant cicatrisée, le praticien, assuré de l'état favorable de l'oreille, fait à la membrane avec son emporte-pièce une ouverture nouvelle qui devient permanente. Dans le cas contraire, après la guérison de la première ponction, il laisse les choses dans leur état primitif. On sent que le même but peut être atteint avec plus de simplicité encore par le procédé d'Itard. En effet, si après la perforation exécutée avec le stylet d'écaille, le malade entend, on entretient la plaie ouverte, ainsi qu'il a été dit; dans le cas contraire, on l'abandonne à elle-même, et la tendance à la cicatrisation est tellement forte dans la membrane du tympan, qu'elle ne tarde pas à se fermer. On fut, en Allemagne, obligé, avant de rendre l'ouverture du tympan permanente, de la recommencer quatre fois sur le même sujet.

On n'aurait pas tiré de la perforation de la membrane tympanique tous les succès qu'elle peut avoir, si l'on négligeait, dans certains cas, de faire par la voie qu'elle ouvre des injections dans l'oreille. Itard a imaginé le premier de remplir cette importante indication chez des sujets dont la caisse était engouée par des matières étrangères. Un sourd-muet et plusieurs sujets dont l'ouïe était détruite par des amas semblables, furent guéris de cette manière. Les injections par la caisse du tambour doivent être faites avec de l'eau tiède, réitérées jusqu'à dix ou douze fois par jour, à trois reprises différentes, de manière à user environ trois pintes de liquide dans la journée. Comme dans les cas où il pénètre par la trompe d'Eustachi,

le liquide, en baignant l'intérieur de la caisse, détermine une douleur vive, des vertiges, de la céphalalgie et même la syncope, il faut agir avec assez de modération pour ne pas exaspérer ces accidens, et pour éviter une violente inflammation de l'oreille. Lorsque, continué pendant plusieurs jours, l'obstacle placé dans la trompe ou dans la caisse ne cède pas, l'état du sujet étant désespéré, on peut essayer des injections forcées. Itard nomme ainsi celles que l'on fait avec une seringue dont la canule, conique et garnie de filasse, remplit tellement le conduit auditif, qu'elle s'oppose au reflux du liquide, et permet de le faire agir avec une grande violence contre toutes les parties intérieures de l'oreille. Ces injections occasionent de vives douleurs; elles irritent fortement les parois de la caisse du tambour; et, quand l'obstacle ne cède pas à leur puissance, il faut l'abandonner à lui-même, ou l'attaquer par une autre voie, c'est-à-dire par la trompe d'Eustachi.

Comme après les opérations précédentes on observe de grandes variétés dans l'état des malades soumis aux manœuvres exercées sur l'oreille à travers la membrane du tympan. Chez quelques sujets, la simple perforation suffit pour rétablir les fonctions de l'organe; et dans ces cas heureux il n'y a plus qu'à entretenir béante l'ouverture que l'on vient d'opérer. D'autres fois, les injections poussées par la caisse font subitement irruption vers la gorge, tandis qu'elles n'y pénètrent que peu à peu sur des malades moins favorablement disposés. Dans tous les cas, bien que la caisse soit libre, ou qu'on l'ait débarrassée des matières qui l'engouaient, bien qu'une facile communication existe entre la gorge et le conduit auditif externe, l'ouïe cependant ne se rétablit pas, parce que sans doute les organes ont éprouvé d'autres lésions plus profondes qui ne leur permettent plus de remplir leurs fonctions.

Lorsqu'il s'agit de désobstruer, soit la trompe d'Eustachi, soit la caisse du tambour, les injections par la membrane du tympan doivent-elles être préférées à celles que l'on dirige à travers le conduit guttural de l'oreille? nous ne le pensons pas. En effet, ainsi qu'Itard le fait observer, le liquide porté dans la trompe agit plus immédiatement sur l'obstacle, lorsqu'il y existe, que quand on le pousse à travers le conduit auditif externe. On évite d'ailleurs par ce procédé la lésion de la membrane du tympan et l'irritation toujours vive et quelquefois dangereuse de la caisse du tambour. L'opération est donc alors plus simple, plus efficace, et moins susceptible d'occasioner des accidens graves. Lors même que l'obstacle réside dans la caisse elle-même, on peut encore l'attaquer par la trompe d'une manière aussi puissante que par le conduit auditif, ce qui permet d'éviter la perforation de la membrane du tympan. Un fait

digne de remarque, c'est que, dans les cas où cette membrane est percée, les liquides injectés par son ouverture ne sortent pas aussi librement à travers la trompe, qu'ils ne le font par le conduit auditif quand on les pousse de la trompe dans la caisse. Enfin, il ne faut pas se dissimuler que les injections, et surtout les injections forcées, dirigées par le conduit auditif, ne portent plus immédiatement leur action sur les parois de la cavité du tambour, et ne soient pour elles beaucoup plus irritantes que celles qui sont faites par la voie de la trompe. Cependant, malgré ces inconvéniens et ces dangers, la perforation du tympan et les injections à travers l'ouverture de sa membrane constituent une dernière ressource, à laquelle il faut recourir toutes les fois que la maladie a résisté au cathétérisme et aux médications de la trompe d'Eustachi; mais on ne doit jamais employer ce moyen extrême sans avoir épuisé d'abord tous les autres.

Il est évident, d'après tout ce qui précède, que la chirurgie ne possède de remède que contre les maladies les plus superficielles de l'oreille. La conque auriculaire, le conduit auditif externe, la membrane du tympan, la caisse du tambour, l'apophyse mastoïde et la trompe d'Eustachi, telles sont les parties au-delà desquelles elle n'étend pas encore sa puissance. Les lésions des organes plus profondément situés sont presque impossibles à reconnaître; elles ne se manifestent que par le trouble qu'elles apportent dans les fonctions auditives, et dont il est question dans d'autres articles de cet ouvrage.

Toutefois, lorsque la chirurgie et la médecine ont épuisé tous leurs efforts contre les imperfections de l'ouïe, il est heureusement encore possible, chez un grand nombre de sujets, d'aider à l'action de l'oreille, et, au moyen d'instrumens appropriés, d'augmenter l'intensité des sons qui la frappent, afin de les rendre plus sensibles. On remplit cette importante indication à l'aide des CORNETS acoustiques dont Verdier a singulièrement varié et quelquefois perfectionné les formes.

OREILLETTE, s. f., *auricula;* nom donné aux deux cavités du COEUR qui sont situées au-dessus des ventricules. On les distingue en droite et en gauche. La première reçoit les veines caves, et la seconde les veines pulmonaires.

OREILLONS, s. m., tumeur inflammatoire sous-maxillaire aiguë, dans laquelle se trouvent comprises les glandes salivaires, et principalement la PAROTIDE. *Voyez* ce mot.

ORGANE, s. m. On donne ce nom aux diverses parties constituantes du corps des êtres organisés, parce qu'ayant chacune sa forme, sa structure, sa composition et son action propre, elles concourent toutes à la vie générale, et peuvent être considérées comme autant de rouages ou d'instrumens, dont

l'assemblage produit et assure l'existence de chaque corps organisé.

Les organes diffèrent beaucoup les uns des autres, sous le rapport de leur configuration, de leur texture, de leur composition, de leur mode d'action et de leurs fonctions; mais la différence la plus générale qu'ils présentent consiste dans leur degré de composition. Sous ce rapport, on peut les partager en deux grandes classes. La première comprend les organes simples, appelés *tissus* depuis Bichat; et la seconde, les organes composés, que Bichat nommait *appareils*, parce qu'on ne les trouve qu'une seule fois, ou tout au plus deux fois dans le corps. Ce sont les organes simples qui forment les appareils par leur réunion, et qui donnent ainsi naissance à des parties chargées d'accomplir une fonction spéciale, et uniques, ou tout au plus doubles. Cependant la ligne de démarcation n'est pas rigoureusement tracée, et les organes simples eux-mêmes sont à leur tour composés de plusieurs parties différentes. C'est ce que nous développerons plus amplement à l'article TISSU.

ORGANIQUE, adj., *organicus;* qui a rapport ou qui appartient aux organes: *altération*, *contractilité*, *corps*, *lésion*, *sensibilité*, *vie organique*.

ORGANISATION, s. f.; expression dont on se sert pour désigner le mode de composition matérielle qui est propre à tous les corps vivans en général, ainsi qu'à chacune de leurs parties en particulier, et qu'on nomme ainsi parce qu'il consiste en un assemblage de parties qui concourent toutes à former l'être, et à le faire vivre, quoique souvent, du moins dans les corps vivans d'une organisation compliquée, elles diffèrent toutes les unes des autres par la forme, la composition et les actions qu'elles exécutent. C'est surtout ce dernier trait qu'on regarde comme le caractère principal de l'organisation, parce qu'on a défini celle-ci d'après l'observation des êtres les plus composés. A l'article *organisé* nous ferons voir que la présence de parties diverses de forme et de structure, et affectées chacune à des usages spéciaux, mais liées entre elles de manière à constituer un tout, n'est pas nécessaire pour qu'un corps puisse jouir de la vie, et mériter en conséquence le nom d'organisé.

On peut considérer dans les corps organisés leur forme extérieure, ou leur configuration, leur forme intérieure, ou leur mode de composition appelé *structure* quand on embrasse le corps entier, ou *texture* quand on n'a égard qu'à ses parties; leur grandeur, leur couleur, les propriétés physiques, telles que le degré d'élasticité ou de cohésion, la situation de chaque partie à l'égard, soit des autres, soit du corps entier,

son mode de connexion avec les parties voisines, le genre d'action propre à chaque organe, et enfin le résultat de toutes les actions partielles, ou la vie commune, générale. Deux branches de l'histoire naturelle se partagent ces divers objets. Ce sont l'*anatomie* et la *physiologie*, qui embrassent, l'une les considérations purement statiques, et l'autre toutes les considérations dynamiques. Nous ne nous occuperons ici que des premières, renvoyant pour les autres à l'article VIE.

Nous avons dit que les corps vivans placés à un certain degré dans l'échelle sont composés de parties qui jouent réciproquement le rôle de moyen et celui de but, par rapport les unes aux autres, et dont les actions variées ont pour résultat définitif la vie du tout qu'elles forment par leur réunion. Ces parties diffèrent infiniment à l'égard de leur forme, de leur composition chimique, de leurs forces physiques, et des phénomènes qui en dépendent; mais, lorsqu'on les observe avec attention, on finit par reconnaître qu'elles ne sont toutes que des modifications d'un seul et même type primitif.

Relativement à la texture de ces parties, ou à leur composition intime, il est facile de s'apercevoir qu'on peut les réduire, pour la plupart, à d'autres plus simples, et, en dernière analyse, à deux seulement, dont l'une se présente toujours sous une forme donnée, tandis que l'autre n'affecte pas constamment une forme fixe, quoiqu'elle soit également susceptible d'en revêtir une. Suivant que la partie organique est composée de l'une ou de l'autre de ces deux substances, elle est solide ou liquide. Elle n'a de forme extérieure que dans le premier de ces deux cas, mais elle en a une qu'on peut, jusqu'à un certain point, appeler intérieure, dans le second, puisqu'elle ne la conserve qu'un instant indéfini, et la perd aussitôt qu'elle l'acquiert, pour la reprendre au même moment. C'est ce que nous exposerons plus en détail à l'article SANG, où nous rendrons compte des belles observations microscopiques de Schultz sur diverses humeurs des corps vivans.

On désigne sous le nom de *globules* les matériaux immédiats ou principes constituans primitifs de la forme organique, quoique ce nom ne leur convienne pas parfaitement, car plusieurs d'entre eux ont une forme aplatie ou lenticulaire. On dit généralement qu'ils ne se ressemblent, pour la forme, le volume ou la composition chimique, ni dans des sujets différens, ni dans les différentes parties d'un même sujet, ni même enfin aux diverses époques de la vie. Cependant, d'après les recherches microscopiques de Milne Edwards, sur le tissu cellulaire, le tissu fibreux, le tissu vasculaire, les muscles et le tissu nerveux ou substance pulpeuse de l'encéphale et des nerfs, il paraît que la forme et la disposition des parties élémentaires

de chacun de ces tissus sont les mêmes, quel que soit l'animal sur lequel on les étudie. Edwards pense donc pouvoir établir comme loi générale que la structure élémentaire propre à ces divers tissus est identique chez tous les animaux. Il résulte également de ses recherches que la forme et la grandeur des globules sont toujours les mêmes, quel que soit d'ailleurs l'organe ou l'animal dont on examine les tissus. On serait donc porté à croire, d'après cela, que les molécules des matières animales solides et organisées affectent toujours une forme primitive constante et déterminée. En effet, comme Edwards dit l'avoir constaté, des corpuscules sphériques, du diamètre d'un trois centième de millimètre, constituent par leur assemblage les tissus précédemment indiqués, quelles que soient du reste les propriétés de ces parties et les fonctions auxquelles elles sont destinées.

Ces deux principes immédiats de la forme organique, les globules et la lymphe coagulable, donnent naissance à deux formes principales, la fibreuse et la lamellaire, caractérisées principalement, parce que, dans la première, la dimension en longueur l'emporte de beaucoup sur les deux autres, tandis que, dans la seconde, elle se rapproche plus ou moins de la dimension en largeur. A cet égard, Meckel fait une observation fort importante, c'est que la forme fibreuse n'appartient en général qu'à la lymphe coagulable, quand elle a subi la coagulation, et à laquelle il arrive souvent de se réduire en fibres sans le concours des globules, comme, par exemple dans les os et les tendons. Quant aux globules, ils ont une grande tendance à se constituer sous la forme de fibres, avec la coopération de la lymphe coagulable, c'est-à-dire, à se placer à la suite les uns des autres, ainsi qu'on le voit dans la substance nerveuse et le système musculaire, quoique, sur plusieurs points, par exemple, dans la substance des viscères, ils se déposent sans aucune régularité, et s'offrent aux regards plongés pêle-mêle dans la lymphe coagulable. Quant à cette dernière, elle est absolument inséparable des globules; elle les enveloppe partout, et de toutes parts, et il n'y a pas jusqu'aux fibres les plus déliées qui ne soient entourées d'une gaîne produite par ce fluide, dans lequel toutes les parties sont en quelque sorte creusées, et dans la portion la plus liquide duquel nagent les globules que les humeurs renferment. Au reste la tendance des globules à prendre la forme des fibres se manifeste surtout d'une manière évidente dans la famille établie par Bory de Saint-Vincent, sous le nom de *chaodinées*, où l'on voit peu à peu le mucus primitif s'arrondir en masses globuleuses, puis ses masses se disposer en filamens, et tendre vers l'ordre sérial.

L'un des plus grands avantages des nouvelles recherches sur la composition intime des corps vivans, c'est d'avoir appris que les propriétés des fibres varient autant que celles des substances qui les constituent. De cette manière, la physiologie se trouve débarrassée des discussions subtiles dont elle s'est si long-temps occupée au sujet d'une prétendue fibre simple ou élémentaire, qui est maintenant reléguée à jamais parmi les êtres de raison.

En se réunissant ensemble, les lames et les fibres, ou seulement les lames, produisent des espaces appelés cellules, qui varient beaucoup pour la forme, et que divers anatomistes, Gallini et Ackermann entre autres, ont mal à propos considérées comme les véritables élémens de la forme organique, puisqu'il est évident pour tout le monde qu'une formation cellulaire est nécessairement secondaire, et ne peut venir qu'après la formation laminaire.

Au reste, les fibres sont bien plus répandues dans le corps que les lames, et des parties mêmes dans la forme totale desquelles les dimensions en longueur et en largeur sont développées toutes deux à un égal degré, telles que les membranes fibreuses, les os larges et les muscles de même figure, laissent apercevoir très-distinctement la texture fibreuse dans leur intérieur. Or, cette circonstance se rattache d'une manière évidente à une grande loi qui veut que la dimension en longueur l'emporte sur les deux autres dans le corps entier.

La réunion des fibres et des lames donne naissance aux parties qui concourent immédiatement à produire la forme organique, et qu'on désigne sous les noms de *systèmes*, *tissus* et *organes*, suivant qu'on a égard à leur configuration, à leur structure intime ou aux actions qu'elles exécutent dans l'intérêt général de la conservation du corps. Parmi les différences que présentent ces diverses parties, la plus générale, et la seule dont nous parlerons ici, consiste dans le degré de complication. On peut les partager sous ce rapport en deux grandes classes, qui comprennent : la première, les parties similaires, nommées aussi organes, systèmes organiques simples, ou mieux *tissus*, parce qu'on les rencontre plus d'une fois dans le corps; la seconde, les parties dissemblables, ou organes, systèmes organiques composés, ou mieux, *appareils*, parce qu'on ne les trouve qu'une seule fois, ou tout au plus deux fois dans le corps. Les parties similaires, en s'associant d'une manière déterminée, en produisant d'autres, uniques ou tout au plus doubles, qui sont chargées chacune d'accomplir une fonction spéciale, en ces parties composées, ou appareils, donnent naissance, par leur réunion, au corps entier, qui prend le nom d'*organisme*, quand on n'a égard qu'à l'activité des parties qui le constituent.

Cependant la ligne de démarcation entre les organes simples et les organes composés n'est pas aussi rigoureusement tracée dans la nature que l'analyse anatomique nous la représente. A cet égard, Meckel est entré dans quelques considérations que nous croyons essentiel de ne point omettre. Les organes simples, dit cet habile anatomiste, sont composés eux-mêmes de plusieurs parties différentes, et ils s'associent les uns aux autres de diverses manières. Quant aux organes les plus composés, on peut, avec de l'attention, les ramener à des systèmes simples, puisqu'on finit par retrouver dans plusieurs les mêmes conditions que celles qui se présentent dans ces derniers. C'est là du moins le cas de la plupart d'entre eux, et particulièrement de ceux qu'on désigne sous le nom de *viscères*. Nul doute, à la vérité, que tous ceux-ci ne diffèrent assez entre eux et des autres parties pour se montrer constituant des organes spéciaux; mais, lorsqu'on y regarde de près, on acquiert la conviction, d'une part, que, sous le rapport de leurs conditions essentielles, ils ne sont que de simples modifications d'un seul et même système, le cutané; d'un autre côté, qu'il y a tant d'analogie entre eux et le système vasculaire, qu'on ne saurait assigner aucun caractère qui les en distingue parfaitement. Tous deux constituent des canaux ayant leurs parois essentiellement formées de deux couches, l'une interne et l'autre externe, dont la seconde sert à imprimer le mouvement aux substances qu'ils contiennent, et qui sont à leur tour composées de vaisseaux et de nerfs. On éprouve donc un véritable embarras, lorsqu'il s'agit de décider, au sujet de certaines parties, si elles doivent être regardées comme des organes simples ou comme des organes composés. On aurait tort cependant de conclure de là l'inutilité d'une classification fondée sur la différense de tissu et de composition, et de croire qu'une classification semblable est impraticable. Le nombre des systèmes doit être calculé d'après l'étude approfondie des qualités dévolues aux diverses parties, et il faut en admettre autant qu'on peut démontrer de tissus différens, en ayant soin de rapporter à un même système toutes les parties qui se ressemblent sous ces divers points de vue, à quelque distance qu'elles se trouvent placées les unes des autres. C'est une question importante que nous traiterons dans tous ses détails à l'article TISSU. Devant nous borner ici à des considérations très-générales, nous allons passer immédiatement à l'exposition et à la discussion des lois fondamentales de la forme organique.

Ces lois sont au nombre de neuf : 1°. les contours sont arrondis et jamais anguleux; 2°. la dimension en longueur l'emporte toujours sur les deux autres; 3°. l'organisme a une forme rayonnée; 4°. les rayons s'anastomosent entre eux; 5°. ils ne

sont pas droits, mais presque toujours ils affectent une courbure plus ou moins sensible; 6°. il y a de l'analogie entre les divers organes; 7°. le corps est construit d'une manière symétrique; 8°. aucun organe n'a exactement les mêmes qualités à toutes les époques de la vie; 9°. enfin, la forme de l'organisme humain offre certaines particularités qui la distinguent de toutes les autres, et qui font de l'espèce humaine un groupe spécial.

A l'article *organisé*, nous ferons voir que la première de ces lois établit une distinction entre les corps vivans et les corps inorganiques, au moins dans l'idée qu'on attache ordinairement à ce dernier mot, car elle cesse d'être applicable dès qu'on ne considère plus les corps organiques que comme des parties d'un grand tout, qui se présente constamment sous une forme arrondie, celle à laquelle la nature semble être le plus généralement assujétie dans toutes ses opérations. Cette loi ne s'exprime pas moins dans la forme du corps vivant tout entier que dans celle de ses diverses parties, et on la retrouve jusque dans ses plus petits élémens. Elle est la conséquence immédiate du concours des solides et des fluides pour former l'organisme, et tient à ce qu'il n'y a réellement pas de parties solides dans les corps vivans, mais seulement des organes plus ou moins mous.

La seconde loi saute aux yeux, et s'exprime autant dans la texture que dans la forme, soit générale, soit spéciale, ainsi que nous l'avons dit, en faisant voir que la texture fibreuse est la plus commune de toutes, du moins dans les corps vivans chez lesquels l'organisation est parvenue à un certain degré de complication.

La troisième loi n'est pas moins générale et évidente. Tous les corps organisés présentent des parties moyennes plus volumineuses, d'où en émanent d'autres plus petites, qui s'écartent dans tous les sens. En outre, chaque rayon se ramifie, et se partage en plusieurs autres, qui se subdivisent aussi à leur tour, de sorte que le nombre des rayons augmente à mesure qu'ils s'éloignent du centre principal d'irradiation, et que leur volume diminue dans la même proportion. On peut appeler cette loi *loi de rayonnement et de ramification*. Elle se prononce surtout dans les végétaux et les animaux dits rayonnés; mais on ne le retrouve pas moins dans tous les autres animaux.

La quatrième loi, ou *loi d'anastomose*, fait que tous les rayons subordonnés qui résultent de la scission des rayons primitifs, se réunissent de diverses manières, soit entre eux, soit avec le rayon principal. Elle était indispensable pour que les actions particulières pussent toutes conspirer à un but unique, l'entretien et la conservation de la vie générale.

La cinquième loi, qu'on peut désigner sous le nom de *loi de la ligne spirale*, se prononce de mille manières différentes dans

les corps organisés. Elle est la conséquence immédiate et nécessaire de la première.

La sixième est fort importante, et fixe l'attention des anatomistes d'une manière spéciale, depuis surtout les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, qui en a fait une si belle et si féconde application dans sa *Théorie des analogues*. De ce que tous les organes peuvent être réduits à deux élémens primitifs de la forme, les globules et la lymphe coagulable, et de ce qu'ils ont tous, ou presque tous, une structure rayonnée, il suit aussi qu'ils ont tous plus ou moins d'analogie les uns avec les autres, tant sous le rapport de la configuration que sous celui de la texture. Cette loi est de la plus haute importance, à cause des conséquences qui en découlent pour la théorie des sympathies et l'explication d'une foule de phénomènes pathologiques. C'est à la développer dans tous ses détails que doivent tendre maintenant les efforts de ceux qui sentent vivement la nécessité d'établir la médecine sur les bases d'une physiologie rationnelle, et de l'arracher enfin à la méthode empirique et arbitraire qui ne lui a pas encore permis de prendre place parmi les sciences. Elle ouvre un vaste champ aux investigations, et toute pathologie générale qui ne se fondera pas sur elle, n'offrira qu'un amas incohérent de faits décousus, sans utilité réelle, puisqu'il n'y aura rien qui les rapproche et les réunisse en un seul faisceau.

La septième loi, ou *loi de symétrie*, suite immédiate de la précédente, ne peut être isolée, principalement sous le point de vue pathologique. Elle fait qu'il existe de l'analogie, on peut même dire de la similitude, non-seulement entre les divers organes, mais encore, et surtout, entre les diverses régions de leur étendue. On peut démontrer cette analogie entre les deux parties latérales du corps, entre sa moitié supérieure et sa moitié inférieure, entre sa face antérieure et sa face postérieure, ainsi que nous le ferons voir fort au long à l'article SYMÉTRIE. Cependant il ne faut pas perdre de vue que la similitude n'est jamais parfaite, et que les parties correspondantes sont tantôt plus volumineuses, tantôt plus rayonnées. Là s'applique encore l'un des plus grands principes établis par Geoffroy Saint-Hilaire, le *principe des connexions*, auquel ce savant naturaliste n'a pas donné toute l'extension dont il est susceptible, puisqu'on peut s'en servir pour ramener la structure du corps humain par exemple, à un type primordial fort simple, qui se répète un grand nombre de fois dans l'organisme, en se modifiant chaque fois d'une manière plus ou moins notable. La symétrie n'est pas non plus également parfaite dans tous les sens, ni entre les diverses parties qui se correspondent;

la plus parfaite de toutes est la latérale, et l'analogie qui existe entre le côté droit et le côté gauche du corps est moins parfaite que celle des faces antérieure et postérieure. Quant aux organes en particulier, ceux qui offrent le plus de symétrie sont les organes nerveux, osseux, ligamenteux et musculaire, ainsi que l'appareil générateur : il y en a moins dans le système vasculaire, dans les viscères de la poitrine, et dans ceux du bas-ventre, les organes génitaux exceptés. C'est en poursuivant les applications de cette loi importante qu'on a ramené les os du crâne à la condition des véritables vertèbres, aperçu l'analogie qui existe entre les pièces du sternum et la colonne vertébrale, ramené les membres supérieurs et inférieurs à n'être que des modifications d'un même type, en retrouvant l'omoplate et la clavicule dans l'os coxal, et démontré le rapport qui existe entre les deux extrémités du canal intestinal, entre l'appareil respiratoire et l'appareil urinaire, enfin entre les organes génitaux et une partie des organes situés dans la bouche et à la partie supérieure du cou. Ce dernier rapprochement, qui ne paraît forcé que quand on le considère seul, et isolé des autres données fournies par l'étude de la symétrie organique considérée dans tout son ensemble et dans toutes ses faces, exercera une grande influence sur la théorie des maux vénériens, et la fera sortir enfin du vague qui a permis à l'empirisme le plus dégoûtant de s'y impatroniser et d'y jeter de si profondes racines. Enfin la loi dont il s'agit fournira un nouvel appui au grand principe établi par Geoffroy Saint-Hilaire, qu'on ne doit avoir aucun égard aux fonctions dans la détermination philosophique des organes, parce que les matériaux organiques entrent dans de nouveaux services lorsqu'ils se trouvent assujétis à de nouvelles relations, sans que cette différence dans l'utilité de circonstances qu'ils acquièrent influe le moins du monde sur leur essence, et sur leur signification, comme pièces constituantes de la machine organique.

La huitième loi, d'après laquelle aucun organe n'offre exactement les mêmes qualités à toutes les époques de la vie, présente aussi un haut degré d'intérêt, à cause des lumières qu'elle répand sur la théorie des monstruosités. Il résulte de cette loi que chaque organe, et par conséquent l'organisme tout entier, parcourt régulièrement certaines périodes successives qu'on peut appeler périodes d'évolution et de développement. En effet, il y a pour chaque organe, et pour le corps entier, une époque à laquelle il ne s'est pas encore développé d'une manière complète, une période d'imperfection, nommée enfance ou jeunesse, à laquelle en succèdent deux autres, qui sont la période de maturité, ou l'âge mûr, et la période de retour, de décroissement, ou la vieillesse. Ce qui mérite surtout d'être

remarqué à cet égard, comme servant de complément aux deux lois précédentes, c'est qu'il y a d'autant plus d'analogie entre les divers organes et les diverses régions du corps, que chaque organe respectif et l'organisme entier sont plus rapprochés du moment de leur organe. L'organisme est donc d'autant plus symétrique qu'il est plus jeune. En outre, chaque organe est d'autant plus mou et plus fluide qu'il se rapproche davantage du moment de son origine; il n'acquiert que peu à peu le degré de consistance qu'il doit avoir, et la cohésion augmente en lui depuis le commencement jusqu'au terme de la vie. Cette loi se fonde sur ce que tous les solides proviennent de fluides, tant à l'époque de la formation première de l'organisme, que pendant le reste de la vie. L'état primitif de plus grande fluidité s'accompagne d'un défaut de texture déterminée durant les premières périodes de l'existence. On n'aperçoit pas même de globules dans le principe, puis on les voit paraître, mais parfaitement isolés; ensuite ils se réunissent pour former des organes distincts. Cette circonstance, qu'on a souvent signalée sans en déduire aucune conclusion utile, est un nouvel argument en faveur de l'analogie qui existe entre les organes, aux périodes extrêmes de la vie. Tous les organes ne paraissent pas non plus en même temps, et le développement de l'organisme est successif; mais l'ordre suivant lequel il s'opère est plus difficile à déterminer, chez l'homme, qui parcourt rapidement les premières périodes de l'existence, que dans les animaux inférieurs, chez lesquels on voit souvent des organes, même fort gros et d'une haute importance, ne paraître que quand l'accroissement est achevé. Les organes qui se montrent les derniers, sont ceux qui ne sont que des répétitions d'autres parties plus parfaites, auxquelles ils correspondent d'une manière spéciale. La forme extérieure se développe aussi d'une manière beaucoup plus rapide que ne le font la texture et la composition chimique; cependant elle offre elle-même des différences périodiques très-considérables, et, en général, elle est d'autant plus simple, que l'organe est plus jeune. Les organes sont presque tous produits par la réunion successive de parties d'abord isolées; et, lorsqu'on descend l'échelle organique, on trouve que ces parties, au lieu de s'associer comme chez l'homme, demeurent séparées, et constituent autant d'organes distincts, tantôt très-développés, et tantôt réduits à la condition rudimentaire. Cette circonstance est encore une de celles dont Geoffroy Saint-Hilaire a tiré le plus habilement parti, pour imprimer un caractère éminemment philosophique à l'anatomie. Tous les organes n'ont pas non plus le même volume proportionnel à toutes les

époques de la vie; les uns augmentent, tandis que les autres décroissent; il en est même qui ne jouent un rôle actif que pendant le cours de la vie intra-utérine, de sorte que leur durée n'est point la même, et que l'organisme n'est pas formé constamment d'un même nombre de parties. A cet égard, on peut établir en règle générale, que les parties qui se développent le plus tard sont aussi celles qui disparaissent le plus tôt, ou du moins dont l'activité cesse la première, et qui se détruisent le plus facilement. Plusieurs de celles qui disparaissent sont remplacées par de nouvelles; d'autres, au contraire, ne font que remplacer celles qui n'ont pas encore assez d'activité, en sorte que leur disparition n'amène point la formation d'organes nouveaux, et n'entraîne d'autre résultat qu'un redoublement d'action de la part de ceux qui existaient déjà. Quelques systèmes parcourent plus de degrés que d'autres, soit sous le rapport de la texture, soit sous celui de la configuration, de la situation et du volume proportionnel, de sorte que l'histoire de leur vie est plus compliquée. Plusieurs offrent toute la vie des traces de leur conformation primitive, tandis que d'autres n'en laissent apercevoir aucune; il a été impossible jusqu'à présent de découvrir ici la cause de cette différence, à moins qu'on n'y voie l'indication du plan général de l'organisation, et qu'on ne considère les vestiges des formations transitoires du corps humain comme correspondant à des formations constantes chez d'autres animaux. En effet, les degrés de développement que l'homme parcourt depuis son origine première jusqu'au moment de sa maturité parfaite, correspondent à des formations constantes dans la série animale. Tous les organes fournissent des preuves à l'appui de cette proposition, qui n'est plus douteuse depuis les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire et de Meckel, et que les recherches de Tiedemann sur l'encéphale ont mise dans une parfaite évidence.

La neuvième loi consiste en ce que, quoique la forme de l'organisme humain ne soit pas la même à toutes les époques de la vie, elle offre cependant certaines particularités qui la distinguent de toutes les autres, et qui font de l'espèce humaine un groupe spécial. Nous renvoyons, pour les développemens de cette proposition, à l'article HOMME, ajoutant seulement ici que le groupe constitué par l'espèce humaine n'est qu'une des nombreuses modifications du type primitif qui fait la base de toutes les formations animales, de manière que sa forme doit nécessairement se rapprocher, sous une foule de rapports, de celles qui appartiennent aux autres animaux, principalement à ceux qui nous ressemblent le plus.

ORGANISÉ, adj.; qui a des organes. On donne cette épithète aux corps compris dans l'une des deux grandes séries

dans lesquelles on a partagé tous les corps de la nature ; et l'on appelle les autres *inorganiques*, par opposition.

On a dit, et répété jusqu'à satiété, qu'il règne la plus entière opposition entre ces deux classes de corps, et qu'il existe un hiatus en quelque sorte immense entre les uns et les autres, de telle sorte, ajoute-t-on, qu'il n'est pas possible de trouver un seul motif raisonnable pour supposer que la nature les ait réunis quelque part, c'est-à-dire, qu'elle passe des uns aux autres par une véritable nuance. A la vérité la comparaison, telle qu'on a coutume de l'établir, indique des différences considérables. Mais, d'un côté, il n'est peut-être pas exact de mettre en parallèle des minéraux, qui ne sont que des parties simples d'un grand tout, avec des êtres qui forment chacun un tout jusqu'à un certain point indépendant, et composé lui-même de parties ; de l'autre on n'a pas beaucoup de peine à démontrer que les facultés physiques des corps organisés ne sont que des modifications plus ou moins notables des propriétés générales de la matière.

Les corps de la nature peuvent être considérés sous plusieurs points de vue. En effet on peut étudier

1°. Leur composition, c'est-à-dire, la matière qui les constitue, les élémens chimiques dont ils se composent, et les principes immédiats qui résultent de l'association de ces élémens;

2°. Leur structure, ou la composition intime de la matière;

3°. Leur configuration, ou la forme extérieure qu'affecte la masse matérielle;

4°. Leurs actions, ou les résultats du mouvement de la matière.

A l'égard de la composition, on a coutume de dire que le nombre des élémens est très-considérable dans les corps inorganisés, et très-limité, au contraire, dans les corps organisés. Cette proposition manque de justesse. En effet, d'une part, tous les élémens que la chimie a distingués jusqu'à ce jour se trouvent bien dans le règne inorganique, mais ils y sont disséminés dans une foule de substances différentes, et il est rare qu'une espèce minérale en contienne plus de quatre à la fois; de l'autre, l'oxigène, l'hydrogène, l'azote, le carbone, le soufre et le phosphore ne sont pas les seules substances dont la combinaison forme les corps organisés, car le fer, le calcium, le sodium, le potassium, le magnésium, le silicium, le manganèse, l'or, le chlore, le fluor (?) s'y retrouvent aussi, et quelques-uns de ces derniers y sont même bien plus répandus que le soufre et le phosphore. De grandes discussions se sont élevées sur la question de savoir si telle ou telle de ces substances ne serait pas étrangère à la composition des corps vivans, et ne s'introduirait pas en eux du dehors; mais qu'ils

les forment de toutes pièces, ou qu'ils les absorbent toutes formées, elles n'en font pas moins partie intégrante essentielle de leur trame organique, puisqu'on les y rencontre, et c'est raisonner contre toute analogie que de vouloir en faire abstraction, sans qu'il soit même possible de dire en faveur de quelle idée systématique cette coutume s'est introduite. Toujours est-il que, contre l'opinion reçue, les corps organisés, considérés en masse, sont plus composés que les corps inorganiques.

Un trait plus distinctif est celui que fournit le mode de combinaison entre ces diverses élémens. On a depuis longtemps reconnu que les combinaisons sont, en général, simplement binaires dans les corps inorganisés qui se rencontrent à la surface de la terre. Mais elles présentent un autre caractère bien plus important; elles sont fixes, c'est-à-dire, que les élémens combinés ont satisfait aux affinités les plus énergiques qui les sollicitaient au milieu des circonstances où ils se trouvaient avant leur union. De là résulte une résistance très-grande à la décomposition. Dans les corps inorganisés, au contraire, les combinaisons sont ternaires, quaternaires, ou même plus compliquées encore, et toujours très-mobiles, parce que la saturation, étant rarement complète, laisse un champ libre à d'autres affinités. Ainsi les combinaisons se font, dans les corps inorganiques, d'après des proportions dont il peut exister plusieurs différentes, mais qui sont toujours définies, et dont les chimistes modernes ont réussi à découvrir la loi; tandis que dans les corps organisés elles sont toujours indéfinies, et variables à l'excès, suivant une multitude de circonstances qu'il est plus facile de concevoir que de démontrer, de sorte qu'on ne peut leur assigner aucune loi fixe et immuable. Au reste, il n'est pas vrai que les corps inorganiques soient presque toujours à l'état solide, car la masse totale des liquides et des gaz l'emporte de beaucoup sur celle des solides dans notre planète; il n'est pas vrai non plus que les combinaisons organiques soient rarement à l'état solide, qu'elles soient plus souvent liquides ou même gazeuses. Les végétaux ligneux donnent un démenti formel à cette dernière proposition, et personne n'a jamais vu un corps vivant qui fût tout liquide et encore moins tout gazeux. Il ne faut pas, dans la grande question de la différence entre les deux règnes, appliquer au corps organisé considéré dans son ensemble, ce qui n'est vrai que de plusieurs de ses parties, ou de ses produits. C'est un abus dont on n'a pas su toujours se garantir.

On s'est trompé encore quand on a dit que les corps inorganiques sont toujours ou tout solides, ou tout liquides, ou tout gazeux; que jamais ils ne présentent dans leur composition une

réunion de parties solides et de parties fluides. La plupart des cristaux, sinon même tous, ne sauraient exister sans une certaine quantité d'eau intimement combinée avec les autres principes constituans. Le cristal n'existe plus quand on lui enlève cette eau ; à sa place on n'a plus qu'un corps privé de forme régulière, et altéré dans sa composition. A la vérité quelques physiologistes ont éludé cette difficulté, en regardant la cristallisation comme une sorte de premier degré de la vie.

Enfin on s'est trompé en disant que la masse est homogène dans les corps inorganiques, et hétérogène dans les corps organisés, c'est-à-dire, composée de parties qui, chez les uns, se ressemblent, et, chez les autres, diffèrent toutes par leurs qualités physiques et chimiques. Beaucoup d'animaux et de végétaux sont formés d'une masse réellement homogène, d'une trame plus ou moins solide, imbibée d'eau, et dont toutes les parties se ressemblent par les actions qu'elles accomplissent ; ces corps vivans se trouvent donc précisément dans le cas d'un cristal, et d'autant mieux que chez eux l'individualité est divisible, c'est-à-dire, qu'en les partageant on donne naissance à autant d'individus qu'on forme de morceaux. On peut donc dire de ces derniers, qui sont en grand nombre, comme des minéraux, qu'ils ne possèdent réellement l'individualité que dans leur molécule intégrante, qu'il n'y a point de dépendance forcée entre leurs parties, non plus que dans les actions de ces parties.

Il n'est donc pas possible d'établir une différence bien tranchée et générale entre les deux grandes classes de corps naturels, sous le rapport de la structure. En disant que les corps organisés sont formés d'un tissu aréolaire primitif, qui se modifie diversement pour produire des organes, et dans les mailles duquel se déposent les molécules composantes, on établit une règle qui n'est pas applicable à tous, puisqu'elle ne peut s'étendre à ceux qui, étant formés uniquement et toujours de ce tissu aréolaire, se trouvent précisément dans le cas d'un cristal.

Mais il existe des différences plus réelles, qui sont fournies par la configuration et surtout par le mode de formation.

La plupart des corps inorganiques n'ont pas de forme déterminée ; et, quand ils en ont une, elle est toujours limitée par des surfaces planes, d'où résulte un solide géométrique et commensurable. Les organes organisés, au contraire, ont toujours une forme déterminée, et cette forme, constamment circonscrite par des surfaces courbes, dans un sens au moins, est par cela même plus ou moins irrégulièrement arrondie.

Quant au mode de formation, il présente quelques points d'analogie, avec de grandes différences.

On a dit que les corps organisés *naissaient* tous, c'est-à-dire, qu'ils provenaient constamment d'un être semblable à eux. Le fait est vrai pour le plus grand nombre; mais c'est par une extension forcée qu'on attribue la même origine à tous. Lorsqu'on se dépouille de tous préjugés, on reconnaît que, dans la nature entière, la formation du corps est due à la réunion d'un certain nombre de molécules, et que cette réunion a lieu dans des circonstances de plus en plus limitées, en sorte qu'elle finit par se renfermer entre des bornes si étroites, comme il arrive chez les êtres les plus complexes, que c'est dans un lieu particulier du corps de ces derniers qu'elle a lieu. Aussi n'y a-t-il rien de plus mécanique, quoi qu'on en ait dit, dans la formation d'un cristal, que dans celle d'un être organisé, et l'on ne peut même s'empêcher de reconnaître, dans le premier cas, quelque chose qui ressemble beaucoup à la vie, dans le moment court où l'attraction s'exerce entre les molécules constituantes. Mais ce qui distingue éminemment les corps organisés de ceux qui ne le sont pas, c'est qu'aussitôt que ces derniers sont produits, on n'aperçoit plus aucune trace de mouvement, et le produit de l'acte paraît mort ou inerte, quoiqu'il ne puisse persister que par l'action non-interrompue de la cause qui l'a provoqué. Dans les corps organisés, au contraire, le mouvement persiste après la formation, et ne s'arrête même pas un seul instant, ce qui tient à la variabilité des combinaisons, à leur défaut de fixité, et permet d'expliquer tous les phénomènes vitaux. Ainsi, en laissant même de côté la question de la génération spontanée, qui n'influe en rien sur le problème que nous cherchons à résoudre, on voit qu'il existe une ligne de démarcation bien tranchée, entre les corps bruts et les corps organisés, à l'égard de la manière dont ils se comportent au moment de leur naissance, et dans tout le cours de leur vie, qui n'est, à proprement parler, qu'une naissance continuelle. Ajoutons encore que, sinon toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas, cette naissance, quoiqu'aussi spontanée que dans les corps inertes, c'est-à-dire, pur et simple résultat des lois générales et immuables de la nature, est une suite nécessaire de la vie d'un individu antérieur, tandis que, parmi les minéraux, les individus sont complétement indépendans les uns des autres dans leur succession. Il suit de là que le minéral une fois formé ne s'accroît plus, sinon d'une manière fortuite, et toujours alors par de simples additions extérieures; au lieu que le corps vivant non-seulement renouvelle sans cesse les matériaux qui le constituent, mais encore s'accroît toujours plus ou moins, après sa naissance, par l'extension graduelle de son tissu primitif. C'est dans ce sens seulement qu'on peut dire qu'il croît par intus-

susception; car, pris à la lettre, ce mot conduirait à une erreur, attendu qu'un corps quelconque ne peut augmenter de volume que par des additions faites à sa surface, soit externe, soit interne, et que, sous ce rapport, il n'y a pas de différence entre les corps vivans et les corps bruts. Tous croissent par juxtaposition, mais les uns ne forment que des molécules toutes indépendantes, et les autres sont composés d'un plus ou moins grand nombre de molécules, souvent hétérogènes, dont l'accroissement, simultané ou non, se fait également par des additions à la surface, mais semble réellement avoir lieu par pénétration ou imbibition, en raison de la disposition respective des molécules.

Un dernier caractère distinctif des corps organisés, c'est que, s'ils sont sujets à un accroissement au moins temporaire, et à un renouvellement continuel de leur trame, ils ne le sont pas d'une manière moins nécessaire à un décroissement, qui s'établit au bout d'un laps de temps plus ou moins long, et qui finit par amener la dissolution de l'agrégat et la perte des facultés vitales qui en ressortaient. Dans les corps inorganiques, au contraire, le décroissement n'est jamais ni spontané, ni nécessaire, et les substances élémentaires qui les composent n'en sortent jamais pour aller se réunir en un individu semblable, ni même jamais non plus, à moins d'un cas fortuit, pour entrer dans d'autres combinaisons, et produire des individus d'une espèce différente.

Ainsi, en dernière analyse, les seuls caractères véritablement distinctifs des corps organisés sont : 1°. d'être formés d'une agrégation de molécules, produites elles-mêmes par des combinaisons non saturées, non fixes et très-variables; 2°. d'exercer par cela même une influence attractive sur les corps ambians, qu'ils décomposent afin de les assimiler à leur propre substance; 3°. de se développer et de s'accroître jusqu'à un terme particulier à chacun d'eux; 4°. de ne jamais conserver les mêmes matériaux constituans, de sorte que leur tissu intime ne jouit pour ainsi dire que d'une existence momentanée, et se détruit à l'instant même où il se forme, pour se reformer de nouveau, et ainsi de suite, jusqu'à ce que des circonstances inappréciables ou inappréciées suspendent le jeu des affinités; 5°. de laisser échapper des molécules entières de leur propre substance, qui s'en détachent dans des circonstances plus ou moins limitées, de manière à les régénérer, et à produire d'autres corps qui leur sont en tout semblables. Envisagées sous ce point de vue, qui réclamerait sans doute des développemens incompatibles avec la nature d'un dictionaire de médecine, les facultés physiques de ces corps ne

paraissent plus que comme autant de modifications des propriétés générales de la matière.

ORGANISME, s. m.; concours des actions par lesquelles la vie d'un corps vivant s'accomplit; ensemble des lois qui régissent l'économie animale. On donne aussi ce nom au corps vivant lui-même, quand on a égard à l'activité des parties qui le constituent.

ORGANOLOGIE, s. f., *organologia;* discours, traité sur les organes. Ce mot exprime d'une manière plus régulière l'idée qu'on veut rendre lorsqu'on emploie celui d'*anatomie*, et mérite même la préférence sur le terme d'*organographie*, que divers auteurs ont proposé de substituer à ce dernier.

Sous le nom d'*organologie cérébrale*, ou tout simplement d'*organologie*, Gall désigne un art de son invention, qui consiste à distinguer et à reconnaître, par les protubérances du crâne, les facultés diverses ou les modifications variées de la sensibilité ou de l'intelligence humaine. Cet art repose sur trois propositions fondamentales, savoir : 1°. que le cerveau est exclusivement l'organe des instincts, des penchans, des sentimens, des talens, des qualités affectives et morales, et des facultés intellectuelles; 2°. qu'il existe une différence essentielle tant entre les diverses qualités morales qu'entre les diverses facultés intellectuelles, et que par conséquent il doit y avoir aussi plusieurs organes de l'ame, puisqu'un organe, autrement dit, un *instrument*, ne peut remplir qu'une seule fonction; 3°. que le cerveau influe sur la forme du crâne, de sorte qu'on peut tirer de la forme extérieure de cette boîte osseuse des inductions relatives au degré de développement du cerveau tout entier ou de quelques-unes de ses parties, et par conséquent juger du degré des dispositions morales ou intellectuelles par l'examen de la forme extérieure du crâne ou de la tête.

Gall admet vingt-sept organes cérébraux, qui sont :

1°. *Organe de l'instinct vénérien.* Il a son siége dans le cervelet tout entier, et on le reconnaît extérieurement à deux renflemens arrondis qui sont placés à la base du crâne, en arrière, de chaque côté de la nuque;

2°. *Organe de l'amour de la progéniture.* Il occupe l'extrémité postérieure des deux hémisphères cérébraux, au-dessus du précédent, et s'exprime en dehors par la saillie de la protubérance occipitale externe;

3°. *Organe de l'amitié ou de l'attachement.* Il est placé au devant du précédent, en tirant vers les oreilles et un peu en haut. On l'aperçoit extérieurement, au milieu du bord postérieur du pariétal; et, quand il est bien développé, il forme

deux proéminences annulaires distinctes, ou du moins le crâne est large et bombé dans cette région ;

4°. *Organe du courage.* Son siége est à un pouce environ derrière les oreilles, à la hauteur de leur bord supérieur, dans l'angle postérieur et inférieur des pariétaux, derrière et un peu sur la suture squammeuse, au devant du précédent ;

5°. *Organe du meurtre.* On le reconnaît à une sorte de renflement placé à la partie postérieure et supérieure de la portion squammeuse des temporaux, y compris une portion des pariétaux, au-dessous de l'apophyse mastoïde ;

6°. *Organe de la ruse.* Il est situé environ à trois travers de doigt au-dessus du trou auditif externe, sur l'angle antérieur et inférieur du pariétal, où il forme une proéminence bombée et allongée, qui s'étend d'arrière en avant, et se termine à peu près à un pouce de l'arcade sourcilière ;

7°. *Organe du vol.* Il forme une proéminence bombée et allongée, qui s'étend depuis le précédent jusqu'à l'arcade sourcilière, et contribue à élargir le front, par le renflement qu'elle produit de chaque côté du coronal ;

8°. *Organe de la hauteur.* Il se manifeste par une protubérance allongée, unique, derrière le sommet de la tête, presque tout à fait à l'extrémité de la suture sagittale, et sur les pariétaux ;

9°. *Organe de la vanité.* On le reconnaît à deux grandes proéminences saillantes en segment de sphère, qui se trouvent, sur les pariétaux, à un tiers de la distance comprise entre la suture pariétale et la temporo-pariétale, en partant de la première ;

10°. *Organe de la circonspection.* Il élève en proéminence latérale les parties supérieures, postérieures et externes des pariétaux, de sorte que la tête présente une surface très-large dans cette région ;

11°. *Organe de la perfectibilité.* Sa place est à la racine du nez, entre les deux sourcils, et un peu plus haut qu'eux ;

12°. *Organe des rapports de localité.* Il s'exprime dans les sinus frontaux, et en dehors par deux renflemens placés chacun au bord interne des sourcils, près la racine du nez ;

13°. *Organe de la prosopognose.* Il est placé sur l'os onguis, à l'angle interne de l'orbite, dans lequel il s'exprime un peu antérieurement, sans jamais paraître en dehors ;

14°. *Organe de la peinture.* Il occupe la partie moyenne des sourcils, en s'élevant un peu sur le front ;

15°. *Organe de la musique.* Placé un peu au-dessus et à côté du précédent, il produit, au-dessus du tiers externe de l'arcade orbitaire, un renflement qui fait prendre au front une figure angulaire, ou un élargissement latéral, suivant que sa direc-

tion est ascendante, ou qu'il se porte obliquement vers les tempes ;

16°. *Organe du calcul.* Situé au-dessous du précédent, et au côté externe de celui de la peinture, il occupe la partie antérieure et la plus externe du cerveau ;

17°. *Organe de la science des mots.* Il siége à la base postérieure des deux lobes antérieurs du cerveau, et porte sur la partie frontale du fond de l'orbite, qu'il resserre sur elle-même, en faisant ressortir le globe de l'œil ;

18°. *Organe du langage.* Il s'exprime aussi dans l'orbite, entre le précédent et celui de la peinture ;

19°. *Organe de l'industrie.* Il forme un renflement arrondi à la base latérale de l'os du front, vers les tempes, immédiatement au-dessus des grandes ailes du sphénoïde ;

20°. *Organe de la sagacité comparative.* Il est placé à la partie moyenne et antérieure de l'os frontal, au-dessus de celui de la perfectibilité ;

21°. *Organe de la pénétration métaphysique.* Il s'exprime, à la même hauteur que le précédent, et sur ses côtés extérieurs, par deux protubérances qui donnent au front une forme hémisphérique particulière ;

22°. *Organe du bel esprit.* Placé à la partie latérale externe du précédent, il donne plus de relief et de largeur aux bosses frontales ;

23°. *Organe de l'induction.* Il se prononce à la suite des précédens, auxquels il donne un développement supérieur et latéral, en élevant et élargissant les tubercules frontaux ;

24°. *Organe de la douceur.* Il forme un renflement oblong, dans la direction et presqu'à l'extrémité de la suture frontale, au-dessus de l'organe de la sagacité ;

25°. *Organe de l'imitation.* Il produit un renflement qui fait tomber l'os frontal de chaque côté du précédent ;

26°. *Organe de la théosophie.* Il fait saillie au devant de la suture sagittale, et relève le sommet de l'os frontal, ainsi que les angles supérieurs des pariétaux ;

27°. *Organe de la persévérance.* Il occupe le sommet de la tête, où il se trouve exprimé par un renflement de la partie antérieure et la plus élevée des pariétaux.

Spurzheim est allé plus loin que Gall, et il compte trente-cinq organes cérébraux, dont nous nous contenterons de faire connaître les noms. Il partage ces organes en deux classes, suivant qu'ils se rapportent aux facultés affectives, comprenant les penchans et les sentimens, ou aux facultés intellectuelles, soit perceptives, soit réceptives. La première classe se compose des organes de l'amour physique ou *amativité*, de

l'amour de la géniture ou *philogéniture*, de l'amour de l'habitation ou *habitativité*, de l'attachement ou *affectionivité*, du courage ou *combativité*, du penchant à détruire ou *destructivité*, du penchant à construire ou *constructivité*, du désir d'avoir ou *convoitivité*, du penchant à cacher ou *secrétivité*, de l'amour-propre, de l'amour de l'approbation, de la circonspection, de la bienveillance ou amour du prochain, de la vénération, de la persévérance, de la justice, de l'espérance, de la *surnaturalité*, de l'esprit de saillie, de l'*idéalité*, et de l'imitation. La seconde classe embrasse les organes de l'individualité, de la configuration, de l'étendue, de la pesanteur, du coloris, de la localité, de la numération, de l'ordre, de la *faculté des phenomènes*, du temps, de la maladie, de la faculté du langage artificiel, de la faculté de comparaison et de la faculté de la causalité. La doctrine de Spurzheim diffère beaucoup de celle de Gall dans les détails, quoiqu'au fond elle soit la même. Ce qui la caractérise surtout, indépendamment du néologisme bizarre dont l'auteur aurait dû s'abstenir par respect pour le bon goût et les règles d'une langue plus sévère que la sienne, c'est que plusieurs organes sont admis comme probables seulement, et quelques-uns même comme conjecturaux. Spurzheim a considéré dans chaque faculté la nécessité réelle ou prétendue de son existence, son but, ses abus, et l'effet présumé de son activité. On voit qu'il s'est ménagé les ressources commodes de l'arbitraire et de l'art conjectural.

Devant nous borner à l'exposition de la partie en quelque sorte topographique du système de Gall, nous renvoyons l'examen physiologique de cette doctrine à l'article PHRÉNOLOGIE. Nous dirons seulement ici, par anticipation, que, si la pluralité des organes cérébraux est un fait incontestable, l'application qu'en a faite le médecin allemand ne paraît pas admissible. On peut, on doit même regarder le cerveau comme un assemblage d'au moins autant d'organes, par exemple, qu'il y a de sens différens. Mais la pensée est une et indivisible. Avant de chercher à démontrer la pluralité des organes cérébraux dans le sens qu'il adopte, Gall aurait dû prouver la pluralité de la pensée. Tel qu'il le présente, son système répugne à la raison, comme création logique, et se montre contraire à la nature, puisqu'il repose sur une explication erronée de la formation des circonvolutions cérébrales, qui ne tiennent assurément pas, quoi qu'on en ait pu dire, au plissement de la membrane nerveuse des hémisphères. Mais, dans le cas même où cette explication serait aussi vraie qu'elle est fausse, on n'en pourrait rien conclure en faveur de la physiologie intellectuelle de Gall, puisqu'on ne saurait admettre

que des facultés différentes, en supposant pour un instant leur existence réelle, eussent leur siége sur deux, trois ou plusieurs points de l'étendue d'une même membrane. La théorie de Gall nécessite une concession anatomique que l'observation ne permet pas de faire, une concession métaphysique que la raison repousse, et une troisième concession, plus difficile à qualifier, mais qui révolte le bon sens.

Au reste, nous ne pouvons terminer cet article sans faire connaître la méthode que Gall recommande pour explorer les organes qu'il admet. Il faut, avant tout, dit-il, se familiariser avec le degré ordinaire, ou médiocre, ou moyen, du développement de ces organes. L'inspection attentive d'un grand nombre de têtes, et l'étude de leurs formes ordinaires, continuées pendant long-temps, procureront cette connaissance. Puis on profitera de toutes les occasions pour acquérir une idée exacte du développement extraordinaire des diverses parties cérébrales et de leurs proéminences sur la surface extérieure de la tête. En usant de ces deux précautions, on remarquera bientôt que les organes les mieux prononcés ne forment ni des bosses, ni des proéminences saillantes. Les parties antérieures du front, les têtes chauves et les crânes n'ont pas besoin d'être palpés; une vue exercée suffit pour juger le degré de développement du cerveau en général, de certaines de ses régions ou de certaines parties en particulier. On étudiera d'abord les divers volumes des têtes en général, puis on s'appliquera à connaître les différens développemens des régions frontale, occipitale et latérales, ainsi que du haut de la tête, et l'on terminera par étudier les sous-divisions de toutes ces régions. Lorsqu'il s'agit de palper, au lieu de le faire avec le bout des doigts écartés, on joindra ces appendices, puis on passera et repassera leur face palmaire sur la surface de l'endroit où l'on cherche le signe extérieur d'un organe. Cette manière de promener doucement la main sur la tête, multiplie les points de contact, et fait découvrir facilement, même les protubérances qui échappent à l'œil.

ORGASME; s. m., *orgasmus;* tension à la suite d'une irritation. Ce mot est synonyme d'*éréthisme*, qu'on emploie plus ordinairement.

ORGE, s. f., *hordeum;* genre de plantes, de la triandrie digynie, L., et de la famille des graminées, J., qui a pour caractères: fleurs disposées en épi; axe de l'épi alternativement denté; chaque dent portant trois fleurs rapprochées en un faisceau sessile, serré contre l'axe, garni de six paillettes étroites, pointues, et disposées par paires à la base et au côté extérieur de chaque fleur, à laquelle elles servent de calice; corolle à deux valves, dont l'une plane et inerme, l'autre

ovale, angulaire, gonflée, acuminée, plus longue que les paillettes calicinales, et terminée par une longue barbe; trois étamines; semence oblongue, renflée, angulaire, gonflée, pointue, plus longue que les paillettes calicinales, et se terminant par une longue barbe.

Ce genre renferme une douzaine d'espèces, dont la plus importante à connaître est l'*orge commune*, *hordeum vulgare*, qu'Olivier a trouvée encore à l'état sauvage dans la haute Asie, et qu'on cultive aujourd'hui sur un grand nombre de points de l'Europe, de l'Asie et de l'Afrique. Sa graine fut l'un des premiers alimens du genre humain. On l'emploie non-seulement comme matière nutritive, mais encore pour la fabrication de la bière, qui se prépare ordinairement avec elle. On en fait un pain plus grossier et moins blanc que celui de froment et même de seigle, et qui se dessèche beaucoup plus vite, ce qui ne l'empêche pas d'être d'un grand usage dans certaines contrées de l'Europe. On rend ce pain d'une qualité meilleure en mêlant la farine d'orge à celle des deux autres céréales.

L'orge contient beaucoup de fécule amylacée, avec une certaine quantité de mucilage. C'est à ces deux principes qu'elle doit ses qualités nutritives, et ses propriétés adoucissantes, qui, la rendant très-propre à calmer l'irritation des premières voies, l'ont fait ranger parmi les substances rafraîchissantes. Aussi l'emploie-t-on, depuis l'enfance de l'art, dans les fièvres aiguës. Sa décoction, simple ou acidulée et édulcorée, forme la boisson communément employée dans ces affections, soit que leur siége réside dans les organes digestifs, soit qu'elles aient leur siége dans les voies respiratoires ou urinaires. On la prescrit aussi en lavemens et en lotions. La farine d'orge est une des quatre résolutives. On en fait quelquefois des cataplasmes.

Avant d'employer l'orge on lui fait subir diverses préparations, d'après la nature desquelles elle prend les noms d'orge mondée, perlée, ou gruée. L'*orge mondée* est celle qu'on a dépouillée simplement de sa pellicule extérieure. L'*orge perlée* a de plus été réduite en grains sphériques, lisses à la surface. L'*orge gruée* ou *gruau d'orge*, est celle qu'on s'est contenté de monder et de concasser grossièrement. Pour en préparer de la bière, on la fait macérer, germer, puis sécher à l'étuve; elle prend alors le nom d'*orge tournillée*, ou de *malt*, qu'on appelle *drèche* après qu'elle a été moulue. Les deux premières sont les seules dont on se serve en médecine, parce que l'enveloppe de la semence jouit de propriétés légèrement excitantes. On en fait ordinairement bouillir une demi-once ou une once dans une pinte d'eau, en ayant soin de prolonger la décoction pendant plusieurs heures à un feu doux, afin que

toute la substance amylacée se dissolve dans le liquide. La décoction de malt a été conseillée dans le scorbut ; ce n'est qu'une solution de principe mucoso-sucré.

ORGEAT, s. m. On appelle ainsi, ou plus régulièrement *sirop d'orgeat,* un sirop qu'on préparait autrefois avec la décoction d'orge, mais qu'on fait aujourd'hui avec l'émulsion d'amandes, de sorte qu'il doit porter le nom de *sirop d'amandes. Voyez* SIROP.

ORGELET, s. m., *hordeolum ;* furoncle des paupières, qui s'annonce par un sentiment de gêne, de tension, de prurit dans l'un ou l'autre de ces voiles membraneux, et se développe sous la forme d'un grain d'orge, avec l'aspect d'une petite tumeur dure, d'un rouge obscur, sensible au toucher, accompagnée d'une douleur lancinante qui augmente par le mouvement des paupières. Les glandes de Meibomius secrètent plus qu'à l'ordinaire, et la matière qu'elles fournissent fait que les paupières s'agglutinent. Cette tumeur augmente de volume, se prononce quelquefois à la surface oculaire de la paupière, le plus ordinairement à la surface externe ; dans le premier cas, elle est accompagnée d'une plus vive irritation, parce qu'elle irrite la conjonctive qui revêt le globe presque autant que le ferait un corps étranger placé sous la paupière. Lorsqu'une fois elle a acquis une forme tout à fait conique, elle s'ouvre à son sommet, se vide en entier du pus qu'elle contenait, et disparaît complétement ; ou bien la suppuration se prolonge, la base de la tumeur persiste, et reste dure jusqu'à ce qu'enfin la cicatrice se forme. Chez les sujets qui offrent les signes de la prédominance lymphatique, les phénomènes inflammatoires semblent s'arrêter, et le furoncle, avortant pour ainsi dire dans sa marche, se convertit en une tumeur insensible, sans changement de couleur à la peau, et fort dure, à laquelle on donne parfois le nom de *chalazion.* L'orgelet coexiste souvent avec l'ophtalmie, surtout périodique ; plus souvent encore il précède cette phlegmasie. Il diffère du *grain de grêle* ou *millet des yeux*, en ce que celui-ci n'est qu'une petite tumeur du bord des paupières formée par le soulèvement de l'épiderme, et renfermant une petite quantité de la matière sébacée des glandes de Meibomius. On ne doit pas confondre non plus l'orgelet avec la tumeur hydatidique palpébrale, qui a ordinairement pour caractère distinctif une transparence bien prononcée.

La cause la plus fréquente de l'orgelet est un régime trop succulent et l'usage trop fréquent des alcooliques ; et principalement chez les sujets en qui le système sanguin prédomine, il est parfois le phénomène sympathique d'une irritation gastrique. Les veilles prolongées, la prédominance lymphatique

disposent à cette légère phlegmasie, qui se développe alors très-facilement sous l'influence du simple usage des stimulans. Si la cause qui l'a produite continue, si le régime est toujours le même, l'orgelet devient quelquefois chronique ; le plus souvent il se dissipe après s'être ouvert ; quelquefois il se résout, et sa résolution est favorisée par des lotions avec l'eau froide, avec l'eau acidulée ; on le fait quelquefois avorter et disparaître en y appliquant du suc de citron ou une goutte de vinaigre. Ce moyen ne doit pas être employé quand l'inflammation paraît disposée à s'étendre à la conjonctive, lorsque le reste du bord palpébral est rouge et sensible, car il peut en résulter le développement d'une ophthalmie ; et d'ailleurs il est quelques exemples, à la vérité peu nombreux, de passage de l'orgelet à l'état d'anthrax. Une légère difformité de la paupière peut être le résultat de la suppuration prolongée de l'orgelet. Quand l'orgelet est fort douloureux, une ou deux sangsues à la base de la paupière malade, si c'est l'inférieure, à l'angle externe, si c'est la supérieure, un léger cataplasme sur les paupières closes, le régime, et les boissons laxatives sont indiqués.

ORIGAN, s. m., *origanum ;* genre de plantes, de la didynamie gymnospermie, L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères : fleurs munies de bractées ovoïdes, colorées, et qui se recouvrent les unes les autres ; calice inégal, à cinq dents, ou divisé en deux parties ; corolle à tube comprimé, plus long que le calice, et à limbe partagé en deux lèvres, dont la supérieure est plane et échancrée, et l'inférieure à trois lobes presque égaux.

L'*origan commun*, appelé aussi *marjolaine sauvage* ou *bâtarde*, est une plante indigène, fort commune, qu'on reconnaît à ses fleurs disposées en épis obronds, et entourées de bractées ovales, plus longues que les calices. Son odeur est pénétrante et aromatique, sa saveur vive et un peu âcre. C'est un stimulant assez énergique, qui entre dans plusieurs préparations officinales, telles que l'eau vulnéraire et le sirop d'armoises. Comme la plupart des labiées, celle-ci convient surtout dans les affections catarrhales chroniques ; elle dérive sur les voies digestives une partie de l'irritation fixée sur la membrane muqueuse des bronches. On se sert ordinairement de ses sommités fleuries, qu'on emploie en infusion théiforme, à la dose d'un ou deux gros par pinte d'eau. On en retire aussi, par la distillation, une huile essentielle, qu'on employait autrefois pour apaiser les douleurs causées par les dents cariées, quand on croyait que le plus sûr moyen de calmer les sensations douloureuses consiste à aggraver l'état d'irritation, la phlogose, qui les détermine.

ORME, s. m. *ulmus ;* genre de plantes, de la pentandrie digynie, L., et de la famille des amentacées J., qui a pour caractères : périanthe simple, campanulé et coloré ; fruit monosperme, orbiculaire, comprimé et entouré d'un rebord membraneux.

Chacun connaît l'espèce commune, *l'orme champêtre*, *ulmus campestris*, l'arbre favori de nos aïeux, dont on se plaît encore à garnir les grands chemins et à peupler les promenades publiques. Cet arbre, si recommandable comme objet d'agrément et d'utilité, n'est pas sans intérêt non plus aux yeux du médecin. Son écorce intérieure contient un principe astringent, uni à beaucoup de mucilage ; elle a une saveur amarescente et austère, et communique une teinte noire à l'eau dans laquelle on la fait bouillir. Lysons, Lettsom et Banau l'ont préconisée comme un excellent remède contre les dartres et les exanthèmes chroniques de toute espèce. Banau l'a même érigée en une sorte de panacée universelle, puisqu'il assure qu'elle est également utile dans les douleurs vagues ou fixes, les vieux ulcères, la leucorrhée, les cancers, les scrofules, le scorbut, les rhumatismes, les fièvres intermittentes, les maladies nerveuses, etc. Malgré l'emphase avec laquelle cette écorce a été vantée, elle est tombée dans un profond oubli, d'où il ne paraît pas qu'on doive la tirer, car ses qualités astringentes ne sont pas assez puissantes pour qu'elle l'emporte sur beaucoup d'autres substances analogues, qui ont plus d'énergie.

OROBE, s. m., *orobus ;* genre de plantes, de la diadelphie décandrie, L., et de la famille des légumineuses, J., qui a pour caractères : calice tubuleux, à cinq dents, dont les deux supérieures sont plus courtes et plus profondes; corolle papilionacée, à étendard en cœur, réfléchi sur les côtés, à ailes oblongues et conniventes, à carène montante, aiguë, et divisée en deux à sa base; légume oblong, cylindrique, terminé par le style persistant, s'ouvrant en deux valves, et à une seule loge polysperme..

Parmi les espèces de ce genre, une seule intéresse, quoique faiblement, la médecine ; c'est *l'orobe tubéreuse*, *orobus tuberosus*, plante commune chez nous, et ainsi appelée, parce que ses racines sont garnies de petites tubérosités, du volume d'une noisette, qui, après avoir été cuites dans l'eau, sont assez agréables au goût et très-nourrissantes. Ces tubercules servent d'aliment aux montagnards de l'Ecosse.

L'orobe des boutiques appartient au genre *ers.* Les botanistes l'appellent *ervum ervillia.* Ses graines fournissent une farine qui a été mise au nombre des quatre résolutives, et dont on ne fait plus usage aujourd'hui, non plus que des compositions pharmaceutiques dans lesquelles elle entrait. Il paraîtrait que ces graines

occasionent dans les jambes de ceux qui en mangent, et surtout dans les muscles extenseurs, une débilité particulière qui empêche d'en faire usage et de pouvoir se soutenir, et dont les acides végétaux seraient le meilleur remède. Cette propriété délétère mérite d'être confirmée, ou du moins réclame des observations moins vagues que celles dont elle a été l'objet jusqu'à présent.

ORPIMENT, s. m., *auripigmentum;* nom donné autrefois par les chimistes au sulfure d'ARSENIC jaune. Il n'est plus usité qu'en minéralogie et dans les arts.

ORTEIL, s. m., *ortillus;* nom donné aux doigts des pieds.

On compte, à chaque pied, cinq orteils, distingués entre eux par les noms numériques de premier, second, troisième, quatrième et cinquième, en comptant de dedans en dehors. Le premier s'appelle aussi *gros orteil*, et le cinquième *petit orteil.* Le gros orteil est le plus volumineux et le plus long de tous; les autres vont en diminuant peu à peu de grosseur et de longueur.

Les orteils ont pour base une tige osseuse formée de pièces, mobiles les unes sur les autres, qu'on appelle *phalange.* Chacun a trois phalanges, excepté le premier, où l'on n'en compte que deux. Ces phalanges s'articulent avec la tête des os du métatarse.

L'extrémité libre des orteils est arrondie et couverte d'un ongle à sa face dorsale. Leur face inférieure offre des rainures plus ou moins profondes au niveau de chaque articulation. La peau qui les recouvre est plus épaisse que celle des doigts. Leurs artères proviennent de la plantaire externe, et longent leurs faces latérales, pour se terminer à leur pulpe, où elles s'anastomosent en arcade. Les veines suivent le même trajet. Les nerfs naissent des rameaux plantaires interne et externe. Toutes ces parties sont unies par un tissu cellulaire dense et serré, dans lequel il ne s'amasse qu'une petite quantité de graisse. Les orteils présentent en outre, à la face dorsale, les tendons des muscles grand et petit extenseurs, et au pouce celui de l'extenseur propre de ce doigt; à la face plantaire, le tendon du fléchisseur du pouce, et ceux des long et petit fléchisseurs des quatre autres.

Les orteils sont en général moins développés que les doigts dans le fœtus. On connaît peu d'exemples d'individus qui en aient apporté moins de cinq en venant au monde, mais on en a trouvé qui en avaient de surnuméraires.

Les maladies des DOIGTS peuvent également affecter les orteils, et il convient de leur opposer, dans le second cas, les mêmes moyens que dans le premier. Il est toutefois une lésion dont le second ou le troisième orteil semble être

exclusivement le siége. Elle consiste dans la rétraction des tendons extenseurs de ces organes, dont la première phalange se relève à angle presque droit sur le métatarse, tandis que la dernière n'appuie sur le sol que par son extrémité. Il résulte de là que l'articulation phalango-phalanginienne de l'orteil affecté présente sa face dorsale au soulier, qui la fatigue, enflamme les tégumens placés au-dessus d'elle, les ulcère quelquefois et détermine enfin l'érosion et la carie des extrémités des os. Cette incommodité est assez fréquente; nous l'avons plusieurs fois observée sur les soldats. Elle survient lentement, presque toujours sans cause appréciable, et détermine, durant la marche, d'insupportables douleurs. On y remédie lorsqu'elle est fort récente, en maintenant le doigt abaissé et étendu, en même temps que le sujet fait usage de chaussures longues et larges. Mais ce moyen est presque toujours insuffisant, et il faut, pour guérir le sujet, mettre à découvert le tendon du muscle extenseur rétracté, et en exciser une portion, ou amputer l'orteil lui-même. La première opération n'est praticable qu'autant que l'articulation fléchie est mobile et susceptible de s'étendre; encore n'a-t-elle quelquefois alors qu'un résultat fort imparfait. L'amputation, au contraire, ainsi que l'a vu Boyer, ainsi que nous l'avons nous-mêmes observé plusieurs fois, guérit sûrement et complétement le malade. Après elle, les orteils voisins se rapprochent, l'extrémité du pied, devenue plus étroite, se loge mieux dans la chaussure, et, ni la station, ni la marche, ne sont moins faciles ou moins sûres.

La déviation latérale des orteils, leur croisement les uns sur les autres, sont constamment déterminés par des souliers étroits, et réclament, pour être guéris, l'usage habituel de chaussures plus larges. Une bande entrelacée dans les orteils suffit alors pour ramener celui qui est dévié à sa situation normale. Chez quelques sujets le gros orteil se porte en dehors contre les autres. Alors la tête du premier métatarsien, incessamment irritée par la chaussure, se développe, se recouvre de durillons cutanés, et enfin s'enflamme et se carie. Cette lésion est une de celles qui obligent le plus souvent de pratiquer la résection du premier os du métatarse, et il faut toujours s'empresser de remédier à la déviation de l'orteil qui en est l'origine première. Quant à l'angle incarné ou entré dans les chairs, *Voyez* ONGLE.

ORTHOPÉDIE, s. f., *orthopœdia;* branche de la chirurgie qui a pour objet de prévenir et de corriger les difformités du corps chez les enfans. Cette définition, fondée sur l'étymologie, et en cela fort exacte, est cependant insuffisante en ce qu'elle restreint aux jeunes sujets l'application des procédés

orthopédiques qui peuvent devenir nécessaires aux adultes, et qui sont fréquemment appliqués sur eux avec succès.

Quelques peuples condamnaient, dit-on, à la mort les enfans nouveau-nés dont toutes les parties n'avaient pas un degré convenable de force et de développement. Substituant une barbarie à une autre, et considérant les difformités comme des signes de la colère céleste, on se borna pendant long-temps, chez les modernes, à tolérer les enfans qui en étaient atteints : on sentit qu'ils pouvaient devenir des citoyens utiles à la société ; mais ce ne fut que très-tard qu'on s'occupa de détruire ou de rendre moins insupportables les conformations anormales dont ils étaient affligés. Pourquoi faut-il que, livrée jusqu'ici à des mains ignorantes, l'orthopédie n'ait fait encore que si peu de progrès, et qu'elle soit si éloignée de la perfection que lui assure l'état de nos connaissances en anatomie, en physiologie et en mécanique ?

Trois genres de causes peuvent occasioner les difformités qui, susceptibles d'être guéries ou palliées, deviennent ainsi l'objet des procédés orthopédiques. Parmi ces difformités, en effet, les unes sont congéniales, d'autres dépendent d'habitudes vicieuses contractées par le sujet ; les dernières sont le résultat de lésions accidentelles, qui ont laissé les parties blessées dans un état d'imperfection plus ou moins considérable. Bien que cette classification soit peu utile dans la pratique, où il s'agit moins de remonter à l'origine des difformités que de les combattre, elle n'est cependant pas sans valeur sous ce rapport, et elle convient parfaitement au plan de considérations fort générales que nous nous proposons de présenter dans cet article.

Le plus grand nombre des difformités congéniales ou des monstruosités se dérobe invinciblement à toute la puissance de l'art : comment, en effet, remédier à ces développemens imparfaits et rudimentaires, non-seulement de la tête et du tronc, mais encore des membres ? Comment séparer et isoler ces organes confondus en une seule masse, et qui semblent n'en plus former qu'un seul ? On parvient bien sans doute à séparer les doigts unis par des prolongemens cutanés, à ouvrir l'anus, l'urètre, la vulve, la bouche, le nez, les yeux, les oreilles oblitérés, au moyen de membranes plus ou moins épaisses ; mais quel moyen opposer à l'union des cuisses, à l'accollement des bras contre le tronc, etc. ? Dans les cas moins difficiles, où des parties surnuméraires existent, il est encore quelquefois impossible de connaître comment se comportent entre elles les nerfs et les vaisseaux, et par conséquent d'entreprendre aucune opération chirurgicale, surtout s'il s'agit des parties les plus importantes. On peut toutefois établir

en principe que, si les difformités par défaut sont toujours irrémédiables, celles par agglutination anormale des parties; et celles par excès, peuvent assez souvent être détruites. Dans les cas de ce genre, le chirurgien doit examiner avec attention l'état des parties, leur mode d'union, leurs connexions variées, et ne rien commencer qu'il ne soit assuré du succès. Les ablations des organes surnuméraires exigent des procédés si variés qu'il est impossible de les soumettre à aucune règle spéciale autre que celle qu'il convient d'observer dans toutes les extirpations : le génie du chirurgien doit tout créer alors, depuis le plan jusqu'aux moindres détails de l'action des instrumens.

Quoique pourvus de toutes leurs parties, quelques enfans naissent cependant avec des membres déviés et contournés en des sens divers, ou tellement disposés à se déformer, que la déviation ne manque pas de se manifester dès l'âge le plus tendre, et sans causes extérieures appréciables. C'est à cette catégorie qu'il faut rapporter la plupart des pieds-bots congéniaux dont les auteurs ont parlé. Tout porte à croire que certaines situations du fœtus dans la matrice peuvent, lorsque des causes diverses les rendent permanentes, et qu'elles out pour effet de maintenir les parties vicieusement recourbées sur elles-mêmes, déterminer les difformités qui nous occupent. En examinant les organes qui en sont le siége, on voit manifestement que les surfaces articulaires sont plus ou moins déviées, que les muscles du côté de la flexion sont plus forts, plus développés que leurs antagonistes, que les ligamens correspondans sont denses, épais, solides et peu extensibles. Du côté opposé, au contraire, les organes moteurs sont étendus, flasques, émaciés; les liens fibreux ont un aspect membraniforme, et laissent les os se séparer et se disjoindre sans effort. Ces cas sont ceux contre lesquels l'orthopédie présente les moyens les plus assurés et les plus efficaces.

La cause la plus générale des autres déviations des organes consiste en des situations ou en des mouvemens devenus habituels chez les jeunes sujets. Susceptibles de se développer dans tous les sens, les parties animales incessamment portées dans une direction donnée se recourbent, se déforment, affectent les figures directions les plus bizarres, et perdent enfin le libre et facile exercice de leurs fonctions. Combien, tendres encore et en quelque sorte comparables à de la cire molle, les enfans exigent de soins et de sollicitude pour acquérir un développement régulier! Ici, un nouveau-né, porté constamment sur le même bras de sa nourrice, éprouve une déviation latérale de la colonne rachidienne. Là, un enfant placé trop tôt sur ses jambes offre à ces parties une cour-

bure en dedans ou en dehors, et reste cagneux pour le reste de sa vie. Plus tard, les situations que nécessitent l'écriture, le dessin, le jeu de plusieurs instrumens de musique produisent des effets semblables.

Il est à remarquer que les difformités ainsi contractées après la naissance sont plus rares à la campagne qu'à la ville, et chez les jeunes garçons que chez les filles. Le nombre des déviations chez ces dernières est très-considérable ; on pourrait peut-être l'évaluer, à Paris, au vingtième ou même au quinzième de la somme totale des sujets. Il est manifeste que les difformités qui nous occupent sont favorisées par une vie trop sédentaire et trop molle ; par des études trop prolongées ; enfin par le défaut ou l'insuffisance des exercices et des mouvemens qui sont des besoins pour les enfans. Un autre fait non moins positif est que l'époque du développement en hauteur est celle où se manifestent presque toutes les déviations du rachis et des autres parties du corps. L'âge de sept à douze ou treize ans est celui où l'on commence à s'apercevoir de difformités jusque là insensibles, et qui, par les progrès qu'elles ne manquent pas de faire, jettent promptement l'alarme et la terreur dans les familles. Ce phénomène est facile à expliquer. On conçoit en effet que toutes les parties musculaires étant restées faibles par le défaut d'exercice, ou que leurs forces étant inégalement réparties par la répétition continuelle des mêmes actes, il doit en résulter ou des déviations commencées dès l'âge le plus tendre, mais qui ne deviendront très-apparentes et hideuses qu'à une époque plus éloignée, ou que l'organisme étant trop faible pour supporter un accroissement rapide, ses diverses parties s'affaisseront les unes sur les autres. C'est ainsi que des désordres, préparés depuis longtemps par des causes inaperçues du vulgaire, éclatent tout à coup, et semblent survenir par l'influence d'une fatalité inexplicable.

Une bonne éducation physique est le moyen le plus assuré de prévenir les difformités dont il s'agit, et de procurer au corps le développement libre et régulier de toutes ses parties. Pour atteindre ce but, il faudrait ne pas tout sacrifier à l'exercice des facultés intellectuelles; il serait peut-être important de mettre les enfans à l'étude plus tard qu'on ne le fait généralement, plus, dans beaucoup de maisons, pour se débarrasser de leur présence et de leurs jeux trop bruyans, que pour commencer des travaux auxquels ils sont encore impropres. Il faudrait enfin que, dans chaque pension, dans chaque collége, on accordât plus de temps aux récréations, que l'on dirigeât vers un but d'utilité et avec méthode les exercices et les jeux des enfans, qu'on excitât, sous ce rapport, comme sous celui des études

ordinaires, leur émulation par des récompenses et par des prix annuels. Nous nous bornons ici à ces vues générales, développées à l'article GYMNASTIQUE, et dont Taillefer a démoutré récemment toute l'importance.

Mais enfin quelques parties se sont-elles écartées de leur situation ou de leur rectitude normale, l'art doit s'attacher à rétablir leur conformation. Nos prédécesseurs ne connaissaient jusqu'alors que l'emploi des machines qui, rétablissant les rapports des parties déviées, les maintenaient étendues, immobiles, et les condamnaient à une inutilité presque absolue. Or, ces machines, comprimant de toutes parts les muscles, les ligamens et les os, en déterminaient l'amaigrissement, augmentaient la faiblesse locale; et, sous leur influence, le désordre, loin de diminuer, devenait incessamment plus considérable. L'emploi de procédés aussi vicieux était fondé sur cette opinion, que les parties du corps humain, semblables aux branches des arbres, n'ont besoin que d'être maintenues dans une situation donnée pour s'accroître et se développer suivant la direction qu'on leur imprime. Les partisans de cette idée, reproduite de nos jours, ne faisaient pas attention que, dans les plantes, la force de développement est partout uniforme, qu'elle ne reçoit aucune atteinte de l'application des moyens à l'aide desquels on incline en sens divers les branches et les rameaux; tandis que chez l'animal, et surtout chez l'homme, l'exercice et la liberté sont deux conditions indispensables à l'accroissement matériel et à l'entretien de l'énergie des organes. Comprimez une partie, et privez-la de mouvement, bientôt vous la verrez s'étioler, diminuer de volume et devenir incapable d'exercer aucun effort, de remplir aucune fonction. Aussi, maintenues droites par la puissance de supports étrangers, et présentant alors un aspect assez favorable, les parties abandonnées à elles-mêmes ne manquaient pas de s'affaisser davantage et de présenter des difformités plus étendues.

Ces résultats ont frappé les machines, en général, d'un discrédit mérité, mais porté trop loin. Il faut en être sobre dans le traitement des difformités, mais il est des cas où leur emploi est non-seulement utile, mais indispensable. Toutes les fois que les parties ne sont pas assez déformées pour qu'il soit impossible au sujet d'en faire usage, il convient de s'abstenir de machine, et de confier la guérison à des exercices bien dirigés. Des bains froids, des alimens de bonne qualité, des frictions sèches et aromatiques dirigées sur les parties affaiblies, et enfin la répétition continuelle de mouvemens qui exercent ces parties, qui augmentent leur force, qui les obligent à attirer vers elles et à maintenir droites les os déviés, tel est le traitement qui nous semble le plus rationnel, et dont

nous avons déjà un grand nombre de fois constaté l'efficacité. Il repose entièrement sur l'emploi méthodique des moyens dont la gymnastique médicale se compose. Il est manifeste que, la plupart des difformités étant le résultat, soit de l'affaiblissement général du sujet, soit de l'inégale répartition des actions musculaires, on doit sûrement les guérir, d'une part, en augmentant l'énergie organique, de l'autre, en détruisant, par des exercices appropriés, les mauvais effets que les habitudes antérieures ont produits.

Mais, lorsque les déformations sont portées à ce point que les organes contournés sur eux-mêmes ne peuvent absolument agir, et que leur exercice tend à chaque instant au contraire à augmenter la difformité, il est incontestable qu'il faut recourir à l'application de machines construites avec art. Le traitement alors se divise presque toujours en plusieurs temps ou périodes, dont il ne sera pas inutile d'exposer ici l'objet et les principes. Dans le premier, il s'agit presque toujours de rendre aux parties tendineuses, racornies et devenues inextensibles du côté de la flexion, la souplesse et l'élasticité dont elles ont besoin pour permettre aux organes déviés de revenir à leur rectitude normale. On atteint ce but au moyen de bains mucilagineux prolongés et répétés chaque jour; de frictions exercées sur les parties rétractées, enfin de mouvemens doux, soutenus, répétés, arrondis, qui ont pour effet l'allongement graduel des tissus devenus trop courts et trop raides. En même temps que l'on emploie ces moyens, des frictions sèches faites sur les muscles émaciés, les disposent à l'action, y appellent les liquides, et développent graduellement leur énergie. Aussitôt que, sans exercer trop de violence, une machine peut être appliquée sur la partie devenue souple et mobile, il faut y recourir. Alors le second stade du traitement commence. Il a pour objet d'habituer l'organe à la direction nouvelle qu'on veut lui imprimer, de rendre cette direction permanente et de le présenter au sol ou aux objets extérieurs de telle manière qu'il agisse comme dans l'état normal. Or les machines dont on fait usage alors sont de deux espèces; les unes ne permettent absolument aucun mouvement; les autres, au contraire, laissent aux parties la liberté d'agir, mais dirigent leur action. On ne doit insister que le moins long-temps possible sur les premières, à raison des inconvéniens qu'elles présentent et dont il a été question plus haut. Le sujet doit les porter la nuit et le jour; il ne faut les lever que chaque vingt-quatre heures, afin de renouveler leur application, de soulager les parties, et d'exercer sur elles des frictions toniques destinées à y entretenir la vie et à contrebalancer l'action débilitante d'une compression habituelle.

Enfin, la partie est devenue susceptible, au moyen de machines articulées, d'agir dans une direction convenable. Alors il faut commencer à l'exercer. C'est ici que le chirurgien a besoin d'une connaissance approfondie de la situation des muscles, de la direction des mouvemens qu'ils font exécuter aux organes, et des effets que doivent produire les différentes actions qu'il prescrit. C'est d'abord sous ses yeux que les exercices doivent être exécutés; lui seul peut en observer exactement les résultats, en calculer l'influence, augmenter ou diminuer, suivant le besoin, leur durée, leur force, leur étendue. A mesure que par eux et à l'aide des bains froids, des frictions, des douches, et de tout ce qui peut augmenter la force des parties, l'organe affecté devient plus vigoureux et plus libre; il faut, d'une part, multiplier les exercices, et de l'autre, diminuer la force et l'action des machines qu'il supporte encore. Le traitement, à cette époque, est presque terminé. Les parties sont redevenues droites, elles s'y maintiennent seules; les ligamens et les muscles affaiblis ont repris leur empire; la difformité, en un mot, n'existe plus: tout ce qui reste à faire est de fortifier la partie, de rendre ses mouvemens plus sûrs et plus faciles, en un mot, de la rappeler au libre exercice de ses fonctions.

Tel est le plan de traitement que nous avons plusieurs fois suivi avec succès, Verdier et moi, dans les difformités des membres abdominaux. Nos observations sur ces déviations, ainsi que sur celles du rachis, nous ont conduit à des résultats assez satisfaisans pour nous encourager dans nos premiers essais, et pour nous démontrer combien serait utile un établissement où l'on appliquerait avec méthode la gymnastique à l'orthopédie. Peut-être réaliserons-nous un jour le projet que nous avons formé d'une institution de ce genre.

Un point important dans le traitement de toutes les difformités est de les combattre le plus promptement possible. Il serait à désirer que les médecins et les parens se pénétrassent bien de cette vérité, que jamais aucune déviation un peu remarquable ne se dissipe spontanément. Elle tend toujours à s'accroître au contraire, et à devenir plus considérable à mesure que se prolonge l'action des causes qui en ont déterminé les premiers développemens, et que les diverses parties du corps acquièrent plus de volume. Nous avons recueilli un grand nombre d'observations de ce genre, et la plupart des mères ne réclament, pour leurs enfans difformes, les secours de l'orthopédie qu'après avoir long-temps espéré en vain que la nature ferait en leur faveur un effort, ou plutôt un miracle dont il n'existe peut-être pas d'exemple bien constaté.

Une autre considération qui doit engager à ne jamais dif-

férer un instant de combattre avec énergie les difformités des enfans, est que le traitement de ces lésions est d'autant plus facile et plus sûr qu'il est commencé plus tôt. On réussit en général à faire disparaître promptement la plupart des difformités jusqu'à l'âge de huit à dix ans ; mais au-delà de cette époque, ou l'on éprouve des obstacles plus sérieux, ou, lors même que les parties peuvent être redressées, elles restent plus courtes, plus faibles, plus maigres que les autres, et ne remplissent qu'imparfaitement leurs fonctions. Nous nous bornons dans cet article à ces considérations générales ; elles recevront une application pratique plus étendue aux mots PIED et RACHIS : ces parties sont celles, en effet, dont les déviations réclament le plus fréquemment les secours de l'orthopédie.

Relativement aux difformités qui résultent de lésions accidentelles de nos parties, elles consistent ordinairement, soit en des ankyloses complètes ou incomplètes, à la suite des luxations et des entorses ; soit en des contorsions des membres dont les fractures ont été mal réduites ; soit enfin en des brides anormales établies après les brûlures dont on n'a point assez surveillé la cicatrisation. Dans toutes ces circonstances, le praticien, après avoir examiné l'état des parties affectées, doit mettre en usage les moyens les plus propres à les rendre libres, et que nous avons indiqués en traitant des lésions dont la difformité est la suite. Il ne doit pas être ici question des machines à l'aide desquelles on remédie à la perte du BRAS, de la JAMBE, de la CUISSE, de l'œil, de la conque de l'OREILLE, il en est traité dans d'autres parties de ce Dictionnaire.

ORTHOPNÉE, s. f., *orthopnœa ;* respiration tellement difficile que le malade ne peut l'exercer qu'étant assis sur son séant, et qu'il semble menacé de suffocation. Ce n'est point une maladie, mais seulement un symptôme, et principalement l'annonce d'une collection plus ou moins considérable, dans la cavité pectorale, d'un fluide qui comprime les poumons, et gêne leur développement.

ORTIE, s. f., *urtica ;* genre de plantes, de la monoécie tétrandrie, L., et de la famille des urticées, J., dont il est le type, qui a pour caractères : fleurs unisexuelles, ordinairement réunies sur le même pied, quelquefois séparées sur des individus différens, et dépourvues de corolle ; les mâles en grappes, ayant un calice à quatre folioles et quatre étamines ; les femelles, aussi en grappes ou en têtes globuleuses, ayant un calice à deux valves, un ovaire supérieur, un stigmate sessile et velu, une graine entourée par le calice persistant.

Trois espèces de ce genre ont été appliquées aux usages de la médecine. La *grande ortie*, *urtica dioïca*, est connue de tout le monde à cause du sentiment de prurit et d'ardeur qu'oc-

casione le contact de ses tiges et de ses feuilles fraîches ; ce sentiment douloureux, que la plupart des autres espèces font également éprouver, est causé par des poils raides, très-fins et très-aigus, qui, pénétrant dans le tissu de la peau, y versent le liquide âcre contenu dans une vésicule oblongue située à leur base. On a voulu tirer parti de l'irritation causée par le contact de cette plante. L'*urtication*, c'est-à-dire, la flagellation avec des orties fraîches, a été conseillée dans l'apoplexie, la paralysie et la léthargie. Ce moyen, déjà usité chez les anciens, nous paraît beaucoup trop négligé. C'est un révulsif puissant, qui agit à la manière des sinapismes et des vésicatoires sans avoir les mêmes inconvéniens, et dont on peut graduer l'action à volonté. Nous ne saurions trop appeler sur lui l'attention des médecins éclairés qui ont su reconnaître que la physiologie était la seule base d'une saine pathologie. Quant à la propriété jadis attribuée au suc d'ortie de remédier à toutes sortes d'hémorragies internes, elle ne mérite pas que nous nous arrêtions à la réfuter. On ne se sert plus ni de l'*ortie grièche*, *urtica urens*, ni de l'*ortie romaine*, *urtica pilulifera ;* la première est bien plus styptique que la grande ortie, et devrait lui être préférée, si l'on voulait encore employer quelque plante de ce genre à titre d'astringent.

ORTIÉ, adj., employé seulement avec le mot *fièvre ; fièvre ortiée*, *febris urticata*. *Voyez* URTICAIRE.

ORVIÉTAN, s. m., *orvietanum ;* conserve officinale dans laquelle il entre cinquante-quatre drogues différentes, dont Hoffmann a réduit le nombre à vingt-six. L'orviétan, autrefois si célèbre comme contre-poison, est tombé dans un oubli total, dont on doit espérer, pour l'honneur de l'art, qu'il ne sortira jamais.

OS, s. m., *os*. On appelle ainsi les parties les plus dures, les plus compactes et les plus solides du corps, celles qui lui donnent sa forme générale, et qui, par la résistance de leur tissu, protégent les organes importans et délicats renfermés dans les cavités splanchniques. Leur histoire fait l'objet d'une des branches de l'anatomie, l'*ostéologie*.

Le nombre des os est considérable, mais il varie suivant l'âge du sujet. Cependant on peut l'évaluer chez l'adulte à deux cent cinquante-six, dont soixante-trois appartiennent à la tête, cinquante-cinq au tronc, soixante-huit aux membres thorachiques, et soixante-six aux membres pelviens. Ceux de la tête sont : huit du crâne, savoir ; l'*occipital*, le *sphénoïde*, les deux *temporaux*, les deux *pariétaux*, l'*ethmoïde* et le *frontal ;* quatre osselets de l'ouïe, le *marteau*, l'*enclume*, l'*étrier* et le *lenticulaire* ; quatorze os de la face, deux *maxilaires supérieurs*, deux *jugaux*, deux *palatins*, deux *nasaux*,

deux *cornets inférieurs*, deux *lacrymaux*, le *vomer* et le *maxillaire inférieur*; trente-deux *dents* et cinq pièces de l'*hyoïde*, savoir : une moyenne et quatre latérales. Ceux du tronc sont : vingt-quatre *vertèbres*, le *sacrum*, quatre pièces du *coccyx*, vingt-quatre *côtes* et trois os *sternaux*. Ceux du membre supérieur sont: deux à l'épaule, l'*omoplate* et la *clavicule*; un au bras, l'*humérus*; deux à l'avant-bras, le *cubitus* et le *radius*; huit au carpe, le *scaphoïde*, le *sémilunaire*, le *pyramidal* et le *pisiforme*, le *trapèze*, le *trapézoïde*, le *grand os* et l'*os crochu*; cinq *métacarpiens*; quatorze *phalanges*, dont deux pour le pouce et trois pour chacun des quatre autres doigts; enfin deux *sésamoïdes*. Ceux du membre inférieur sont : à l'aine, l'os *coxal*; à la cuisse, le *fémur*; à la jambe, le *tibia*, le *péroné* et la *rotule*; sept au tarse, l'*astragale*, le *calcaneum*, le *scaphoïde*, le *cuboïde* et les trois *cunéiformes*; cinq *métatarsiens*, quatorze *phalanges* réparties comme à la main; enfin deux *sésamoïdes*. La plupart de ces os sont pairs, c'est-à-dire, qu'il en existe un de chaque côté du corps. Trente-neuf seulement sont impairs et placés sur la ligne médiane, mais cependant formés de deux moitiés qui se correspondent, l'une à droite et l'autre à gauche : ce sont les vertèbres, le sacrum, les quatre coccygiens, les trois sternaux, l'hyoïdien moyen, ou corps de l'hyoïde, le sphénoïde, l'occipital, le frontal, l'ethmoïde, le vomer et le maxillaire inférieur. Il résulte de là que tous les os ont une forme symétrique, disposition générale à l'égard de laquelle il ne règne que de très-légères irrégularités.

Aucun os n'est placé à l'extérieur. Tous sont situés à l'intérieur et profondément; soit qu'ils forment la charpente des membres, soit qu'ils circonscrivent des cavités, toujours ils sont recouverts par les muscles et par les tégumens communs. Quoiqu'ils ne se continuent pas d'une manière immédiate les uns avec les autres, cependant ils constituent un système dont les diverses parties sont enchaînées et retenues par des moyens d'union intermédiaires. On donne à leur ensemble le nom de *système osseux*, et celui de *squelette* lorsqu'on les considère en masse et dans leur situation respective. Leurs divers modes de jonction entre eux sont appelés *articulations*.

La dureté des os dépend de leur composition chimique; car de toutes les parties organisées ce sont celles qui contiennent le plus de matière terreuse. L'analyse démontre qu'ils sont principalement formés de deux substances; l'une molle et de nature animale, l'autre dure et solide. La première est de la gélatine; ils lui doivent le faible degré de flexibilité dont ils jouissent; l'autre se compose presqu'en totalité de phosphate calcaire. Berzelius a trouvé, dans les os humains desséchés et privés de graisse, gélatine soluble dans l'eau, 32,17; ma-

tière animale insoluble, 1,13; phosphate de chaux, 51,04; carbonate de chaux, 11,30; fluate de chaux, 2,30; phosphate de magnésie, 1,16; soude et hydrochlorate de soude, 1,20. Fourcroy, Vauquelin et Hildebraudt n'y ont point reconnu la présence du phosphate de magnésie. Hatchett y admet du sulfate de chaux, que Berzelius regarde comme un produit de la calcination. Fourcroy et Vauquelin n'ont pas trouvé de fluate, mais ils annoncent du fer, du manganèse, de la silice, de l'alumine et du phosphate d'ammoniaque. L'indication du manganèse est une circonstance qui mérite d'être vérifiée; car Stromeyer conjecture que la couleur violacée des dents des ruminans pourrait bien tenir à la présence de ce métal. Au reste, quoique nous ayons encore laissé les dents parmi les os, pour nous conformer à l'usage général, il est bien reconnu aujourd'hui, d'après les données fournies par l'anatomie comparée, qu'elles ne sont pas de véritables os, qu'elles ne vivent pas, c'est-à-dire, qu'elles ne sont pas organisées, dans l'acception rigoureuse du mot, et qu'elles appartiennent au tissu corné, c'est-à-dire, à la même catégorie que les poils et l'épiderme; d'un autre côté, les proportions des principes constituans ne sont les mêmes, ni dans tous les os proprement dits d'un même sujet, ni chez des sujets différens, abstraction faite des différences qui ressortent de l'âge et des conditions pathologiques. Ainsi, par exemple, la portion pierreuse du temporal, et sans doute aussi les osselets de l'ouïe, contiennent plus de phosphate calcaire que les autres os, et Davy a aussi trouvé constamment plus de substance terreuse dans les os de la tête que dans les os longs.

Les os sont d'un blanc jaunâtre et opaque. Nous examinerons leur texture à l'article OSSEUX.

D'après leur forme et le rapport qu'ont entre elles leurs trois dimensions géométriques, on les divise en *longs*, *larges* et *courts*. Dans les premiers, la dimension en longueur l'emporte beaucoup sur les deux autres; dans les seconds, la longueur et la largeur dépassent de beaucoup l'épaisseur; dans les derniers, les trois dimensions sont sensiblement égales. Quelques auteurs admettent encore des os *mixtes* qui, dans des points différens de leur étendue, présentent les caractères des os larges et des os longs.

Les os longs se divisent en trois parties, une moyenne, appelée *corps* ou *diaphyse*, et deux extrémités. Le corps est en général cylindroïde, mais presque toujours il a la forme d'un prisme triangulaire; assez ordinairement aussi, il est un peu courbé et comme tordu sur lui-même. Les extrémités sont renflées, et varient, quant à la forme, suivant les fonctions qu'elles sont appelées à remplir. Ces os renferment une grande cavité,

appelée *canal médullaire*, qui en occupe le corps, et loge l'organe médullaire. Cette cavité ne s'étend pas dans les extrémités, qui ne contiennent que de la substance spongieuse, avec les aréoles, de laquelle elle communique. Le corps est surtout formé par la substance compacte, dont une couche mince seulement recouvre les extrémités. On trouve les os longs dans les membres, où ils constituent des colonnes brisées et articulées. Dans chaque fraction des membres, leur nombre va en augmentant, et leur longueur en diminuant, à mesure qu'on s'éloigne du tronc.

Les os larges sont aplatis en deux sens opposés, ordinairement courbés et quelquefois tordus. Leur forme varie beaucoup; car ils sont tantôt demi-circulaires, tantôt quadrilatères, ou même polygones. Leurs bords sont ou dentelés, ou lisses, et quelquefois un peu renflés. Ils constituent les parois des cavités; ils se réunissent toujours plusieurs ensemble à cet effet. Les substances compacte et spongieuse sont distribuées d'une manière uniforme dans toute leur étendue. La première enveloppe la seconde sous la forme de deux lames minces, l'une externe, l'autre interne, qu'on appelle *tables*. Aux os du crâne, la table interne, qui est plus dense, plus mince et plus fragile que l'externe, porte le nom de *lame vitrée*, et le tissu spongieux intermédiaire a reçu celui de *diploé*. Quelquefois la substance spongieuse n'existe pas, et alors les deux tables se confondent en une seule.

Les os courts diffèrent des autres par leur forme plus ou moins globuleuse, mais très-irrégulière et sujette à varier beaucoup : ils sont en effet cuboïdes, cunéiformes, tétraèdres ou polyèdres. On les trouve toujours rasssemblés en grand nombre dans les régions qu'ils occupent, comme au tarse, au carpe, à la colonne vertébrale. Sous le rapport de leur texture, ils se rapprochent des extrémités des os longs, car ils ne sont pas creusés par un canal médullaire, et ne contiennent que de la substance spongieuse, environnée d'une couche de substance compacte, peu épaisse.

Les os mixtes, qui sont en grand nombre, participent des caractères de plusieurs genres à la fois. Ainsi les côtes tiennent le milieu entre les os larges et les os longs; l'occipital fait le passage des os plats aux os courts, etc.

Considérés à leur surface, les os présentent des éminences et des enfoncemens très-variés.

Les éminences pourraient être désignées sous le nom générique d'*apophyses*, quoiqu'on donne communément à ce mot une acception plus limitée et purement arbitraire. Les unes servent à l'articulation des os entre eux, et les autres donnent attache à des muscles ou à des ligamens. Les apophyses articulaires sont lisses et couvertes de cartilages; elles prennent

le nom de *têtes* quand elles sont arrondies comme un grand segment de sphère, et celui de *condyles* lorsqu'elles sont arrondies, mais allongées dans un sens, et rétrécies dans l'autre; quelquefois elles sont supportées par une partie mince qu'on appelle *col*. Les apophyses non articulaires sont la plupart du temps rugueuses et irrégulières; jamais on ne voit d'incrustation cartilagineux à leur surface. On les divise en quatre genres d'après leur grandeur et leur forme, qui varient beaucoup: les unes, longues comme un rameau osseux, portent le nom de *branches* ou d'*apophyses* proprement dites; d'autres, plus courtes, plus larges et plus épaisses, sont nommées *tubercules*, *tubérosités*, *protubérances*; d'autres encore, allongées, étroites et peu saillantes, sont appelées *crêtes*, *lignes*, *empreintes*; quelques-unes, minces, allongées et pointues, ont reçu le nom d'*épines*. Les dénominations spéciales, imposées à ces diverses éminences, sont tirées tantôt de comparaisons triviales et peu rigoureuses, tantôt aussi de leur situation, de leur grandeur, de leur direction et de leurs usages.

Les enfoncemens de la surface des os se distinguent, comme les éminences, en articulaires et non articulaires. Les premiers s'appellent *cavités cotyloïdes*, quand ils ont la forme d'une portion de sphère, et qu'ils sont profonds, et *cavités glénoïdes* lorsqu'ils sont plus superficiels: ils sont encroûtés de cartilages. Les autres, à la surface desquels il n'y a point de cartilages, sont tantôt rugueux, tantôt, au contraire, lisses et plus ou moins arrondis. Les uns traversent et les autres ne traversent pas l'épaisseur des os; les premiers portent le nom de *canaux* ou *conduits*, *trous*, *fentes* ou *fissures*, suivant la longueur du trajet qu'ils parcourent, et sont quelquefois produits par le concours et l'adossement de plusieurs pièces osseuses; les derniers ont tantôt une entrée évasée en tous sens, comme les *fosses*, les *fossettes*, les *impressions digitales*, tantôt le fond large et l'entrée étroite, comme les *sinus*; quelquefois ils sont allongés, étroits et plus ou moins profonds, comme les *sillons*, les *gouttières*, les *méats*, les *rainures*, les *coulisses*.

Les tissus organiques qui appartiennent essentiellement à l'organisation des os, sont le *périoste*, l'*organe médullaire* et les vaisseaux. Il ne sera question ici que de ces derniers.

Les vaisseaux sanguins des os sont en général peu volumineux, et parcourent des canaux particuliers. Chaque os long a au moins un canal de ce genre, qui traverse obliquement ses parois, et qui s'étend jusqu'à l'organe médullaire; mais toute la surface de l'organe est en outre criblée d'une multitude de petits orifices vasculaires. Les artères se distinguent en celles qui, après s'être ramifiées dans le périoste, pénètrent dans les petits trous nourriciers de la substance compacte; en celles qui

arrivent, sans se ramifier, dans le canal médullaire, se distribuent à la membrane du même nom, et pénètrent ensuite, par la face interne, dans la substance spongieuse, où elles communiquent avec les précédentes; enfin, en celles qui pénètrent par les grands et nombreux trous des os courts et des parties spongieuses des os longs et larges, pour se distribuer dans la substance spongieuse, et y communiquer, dans les os longs, avec celles des deux premiers ordres. En général, chacun des conduits nourriciers contient une artère et une veine. On ne voit de vaisseaux lymphatiques qu'à la surface des grands os. Il n'y a non plus de nerfs que ceux qui accompagnent les vaisseaux de la membrane médullaire.

C'est surtout par leur dureté et leur peu de flexibilité que les os servent dans l'organisme. Quoique peu flexibles et compressibles, ils jouissent de l'élasticité à un certain degré; ils sont doués aussi d'une faculté d'extension et d'une force de resserrement lentes, qui font qu'ils s'agrandissent peu à peu par le développement de tumeurs dans leur intérieur, et qu'ils reviennent sur eux-mêmes quand ils sont débarrassés de ces causes d'extension; mais toute autre contraction y est nulle. La sensibilité ne s'y développe que dans l'état morbide. Tous les phénomènes plastiques, par exemple de formation première, de réparation, d'altération, de texture, y marchent avec beaucoup de lenteur; mais les facultés de reproduction et de production accidentelle y sont plus grandes que dans aucun autre tissu. L'histoire de leur formation fera le sujet de l'article OSSIFICATION.

Une fois que les os sont complétement formés, ils continuent d'être le siége d'une nutrition habituelle. La déposition et la résorption s'y font très-lentement et d'une manière insensible dans l'état de santé, surtout chez les vieillards. Cependant, outre cet entretien continuel, on y observe encore un accroissement, soit sensible, soit insensible. Le premier dépend d'une sorte de juxtaposition aux surfaces, qui accroît peu à peu l'épaisseur des os; le second, d'une intussusception interstitielle, qui augmente leur densité. L'accroissement insensible ne peut être révoqué en doute, puisque la forme des os change quelquefois beaucoup par les progrès de l'âge, ce que Gall a surtout constaté pour le crâne, et ce qui n'est pas moins certain pour les extrémités des os longs et les corps même des vertèbres. Quant aux changemens qui surviennent dans la densité, ils sont encore plus marqués. Les os des enfans sont plus flexibles et moins cassans que ceux des adultes : on peut les ployer ou les tordre sans les briser; ceux des vieillards, au contraire, sont plus durs et plus fragiles que ceux des

adultes. Cette différence tient à la proportion plus considérable de substance terreuse qu'ils contiennent. Davy en a trouvé 64,0 dans l'occipital d'un adulte, et 69,0 dans celui d'un vieillard. Cependant il ne paraît y avoir rien de bien constant à cet égard, car le même chimiste a trouvé, dans la mâchoire inférieure d'une personne dont les alvéoles avaient disparu tout-à-fait, 43,4 de matière animale, et 56,2 de substance terreuse, tandis que les proportions étaient, chez un enfant :: 42,8 : 57,2, et chez un adulte :: 40,5 : 59,5; cependant la mâchoire inférieure du vieillard était plus fragile.

Les os sont en général plus épais et plus chargés d'aspérités chez l'homme que chez la femme. Quelques-uns d'entre eux, notamment ceux de la face et du bassin, présentent aussi de grandes différences qui tiennent au sexe et aux diverses races de l'espèce humaine.

Les principales maladies des os sont les dénudations, les plaies, les FRACTURES, l'inflammation, l'EXOSTOSE, la CARIE, le SPINA VENTOSA, l'OSTÉOSARCOME, le ramollissement ou OSTÉOMALAXIE, la dégénérescence gélatineuse, la friabilité, l'éburnation, et la NÉCROSE.

De ces nombreuses maladies, dont la plupart ont été décrites dans des articles spéciaux, les trois premières sont le résultat de lésions mécaniques auxquelles la substance osseuse est fort exposée; les autres constituent des effets variés de l'irritation et de la phlogose des os. Ce point de pathologie est un des plus importans à bien établir : aussitôt qu'on l'admet, on voit les maladies de la substance osseuse se rapprocher de celles des autres organes; leur étiologie devient simple et facile à comprendre; leur traitement se dépouille de tout ce qu'il présente encore d'incertain et de peu méthodique.

Les actions vitales sont dans les os moins fortes, moins rapides que dans les tissus mous de l'économie animale; moins de vaisseaux sanguins les pénètrent, moins de nerfs les animent; leur parenchyme organique est de toute part encroûté et comme opprimé par la matière saline qui leur communiquent la solidité qui les distinguent. Il résulte de là deux modifications importantes dans les maladies de la substance osseuse. L'une est que les phénomènes de ses lésions sont peu intenses, lents à se développer, et présentent un caractère de chronicité remarquable; l'autre est que les os étant peu impressionnables, leurs affections sont, par cela même, plus difficiles à combattre, plus rebelles aux moyens de la thérapeutique. Il est à remarquer en effet que, si les organes les plus sensibles sont le siége de maladies plus aiguës que celles des tissus les moins irritables, ces maladies sont, dans le premier cas, plus que dans l'autre, susceptibles de céder à des médications antiphlogisti-

ques générales et locales : ou, en d'autres termes, par cela même qu'une partie est plus disposée à recevoir l'impression des agens organes morbifiques, elle est aussi plus facilement modifiée par les substances médicamenteuses. La nature inflammatoire de plusieurs maladies des os, telles que l'ostéosarcome, le spinosa-ventosa, et même l'exostose, a été fréquemment méconnue. Cependant elles dépendent toujours de l'action de causes irritantes ; l'afflux des liquides, la tuméfaction, la douleur les caractérisent ; et, si l'irritation communique alors aux tissus qu'elle affecte un aspect spécial ; si elle dénature leur organisation, il est évident que ces effets sont analogues à ceux que produisent les phlegmasies chroniques dans toutes les autres parties du corps. Quant aux virus rachitiques, scrofuleux, vénériens, dartreux et autres, à l'action desquels on a si souvent attribué les maladies des os les plus profondes et les plus graves, la raison générale en a fait justice, et leur existence n'est plus admise que par un petit nombre de partisans aveugles des anciennes erreurs.

On doit, en définitive, reconnaître que dans l'exostose il y a tuméfaction inflammatoire soit du périoste, soit de l'os ; la carie est l'ulcération du tissu osseux, ulcération toujours précédée ou accompagnée d'une irritation plus ou moins vive ; le spinoa ventosa n'est autre chose qu'une dégénérescence fongueuse de la membrane qui revêt les cavités des os ; enfin l'ostéosarcome constitue le cancer de ces organes. Quant à la dégénérescence gélatineuse, elle est toujours le produit d'une inflammation chronique ; et si l'ostéo malaxie et la friabilité du tissu osseux sont ordinairement produits par des causes plus obscures et dépendent de modifications encore indéterminées, survenues dans la nutrition des os sur beaucoup de sujets, il est facile de constater que ces altérations ont encore l'irritation pour origine. Enfin, il serait superflu de démontrer de nouveau que la nécrose est la mort ou la gangrène des os, et que l'escarre alors, de même que toutes les autres, ne peut se former qu'à la suite d'une inflammation plus ou moins vive. La plupart des maladies chroniques des os que l'on a décrites comme des affections spéciales, toujours identiques, parfaitement distinctes, ne sont au contraire que des résultats éventuels, variables, souvent confondus entre eux de la phlegmasie locale ; de même que, dans les tumeurs anciennes des parties molles, on rencontre souvent des tissus devenus fibreux, d'autres qui sont ramollies ou ulcérées, d'autres enfin qui ont acquis l'aspect de la substance lardacée ou cérébriforme ; de même, dans les tumeurs des os, on rencontre de l'exostose, de la carie, des fongus rouges ou lardacés, enfin des tissus cancéreux ou mélaniques, alliés ensemble, réunies, et démon-

trant ainsi, d'une part, le vice de nos classifications, et de l'autre, leur communauté d'origine.

Il résulte de ces considérations que, dans le traitement des affections chroniques et profondes du tissu osseux, il faut spécialement s'attacher à reconnaître l'étendue de la phlogose dont les parties affectées sont le siége. Cette phlogose doit fixer d'abord toute l'attention du chirurgien; c'est à la combattre et à la détruire que se réduisent les indications curatives les plus pressantes; et si, au moyen des antiphlogistiques locaux, des révulsifs et de tous les moyens internes ou externes que la médecine et la chirurgie présentent au praticien, l'on ne parvient pas à la faire cesser, il faut absolument recourir, dans les maladies qui en sont susceptibles, à des opérations qui consistent soit à désorganiser, soit à retrancher les parties affectées. Le danger se mesure moins alors à la nature des tissus morbides qui constituent les tumeurs qu'aux effets sympathiques déterminés par l'irritation dans le reste de l'économie animale.

Les *dénudations* des os peuvent être produites soit par des corps vulnérans, soit par l'inflammation et la suppuration du périoste et des parties molles situées au devant de lui. Dans le premier cas, lorsque les tégumens, les muscles ou les aponévroses et le périoste ont été en partie détachés par un instrument vulnérant, sans que le tissu osseux ait souffert d'altération manifeste, il faut réappliquer le lambeau le plus tôt possible, et le maintenir en contact avec la surface sous-jacente. La réunion ne s'opère jamais alors très-promptement, et l'appareil doit rester en place pendant un plus grand nombre de jours que s'il s'agissait d'une plaie simple aux parties molles. La rapidité des guérisons ainsi obtenues, le peu d'inconvénient qui résulte du rapprochement des parties lorsque la réunion échoue, tout fait une loi de tenter d'obtenir celle-ci. Si cependant, frappées par un corps orbe, les parties molles étaient fortement contuses, et si l'os lui-même présentait des traces de lésion, il conviendrait d'abandonner la plaie à elle-même, de la panser à plat, et d'attendre, pour en rapprocher les bords, que la suppuration ait emporté les débris des parties molles, et détaché la pièce osseuse frappée de mort. Lorsque les tissus qui recouvrent les os s'enflamment et se détachent de la surface osseuse, il faut ouvrir l'abcès qui survient, et se conduire ensuite comme dans tous les cas de NÉCROSE.

Sous le titre de *plaie* nous comprenons les solutions de continuité des os qui sont opérées par des instrumens tranchans ou piquans: les corps orbes ou contondans ne déterminent que des fractures. Les divisions de la substance osseuse varient entre elles de profondeur et de direction. Tantôt porté en

dédolant, l'instrument soulève de la surface de l'os une esquille plus ou moins considérable, tantôt il en détache entièrement une lame assez mince, et la laisse adhérer au lambeau des parties molles. Dans d'autres circonstances, l'os, perpendiculairement frappé, est coupé dans une portion plus ou moins grande de son épaisseur, ou totalement divisé. On a vu des coups de sabre comprendre, avec une grande partie des parties molles, l'os ou les deux os qui servent de base au bras ou à l'avant-bras, de telle sorte que le membre ne tenait plus que par un lambeau peu considérable, dans lequel étaient compris les gros troncs nerveux et l'artère principale du membre.

Les signes des plaies des os sont ordinairement faciles à reconnaître. Il ne peut y avoir d'incertitude que dans les circonstances assez rares où l'instrument, ayant agi obliquement, n'a fait aux parties molles qu'une division fort étroite et non parallèle à celle de l'organe sous-jacent. Le pronostic est d'autant plus grave que la division a plus d'étendue, qu'elle est plus voisine des articulations, qu'elle comprend un plus grand nombre de nerfs et de vaisseaux, enfin que des obstacles plus considérables s'opposent à l'exacte réunion de ses bords. Il est évident que la division complète d'un os est plus dangereuse que son incision ou que la séparation d'une lame peu épaisse de sa surface. Nous avons vu une esquille détachée de la clavicule par un éclat d'obus, sans que le reste de l'os fût fracturé, ne laisser, après son extraction, aucun obstacle à la cicatrisation de la plaie. La guérison est en général d'autant plus prompte et plus assurée que l'instrument vulnérant, étant plus aigu ou mieux tranchant, a fait aux os une section plus nette et accompagnée de moins de contusion.

Les divisions obliques des os sont toujours suivies d'un écartement assez considérable de l'esquille qui a été soulevée par l'instrument; quelquefois la base de la lame, en partie détachée, est rompue et isolée du reste de l'organe. Dans ces cas, il faut d'abord, en pressant sur la pièce soulevée, la rapprocher du fond de la plaie, l'appliquer aussi exactement que possible sur la surface d'où elle a été écartée, et la maintenir dans cette situation. Si l'on n'agissait pas ainsi, quelle que fût l'exactitude de la réunion de la plaie des parties molles, il resterait entre les deux portions de l'os un vide susceptible de recevoir du sang et de devenir le foyer d'un abcès consécutif. Il faut employer quelquefois une force assez grande pour opérer la réapplication dont il s'agit, et, si l'on voulait opérer une pression semblable avec l'appareil, à travers l'épaisseur des parties molles, on s'exposerait à la mortification de celles-ci. S'il existe plusieurs esquilles petites, aiguës, impossibles à

replacer, et susceptibles de blesser et d'irriter les chairs, il convient de les détacher des parties molles et de les extraire. La plaie étant ainsi ramenée à l'état de simplicité, les bords de la division des parties molles doivent être exactement réunis au moyen d'une situation convenable et d'emplâtres agglutinatifs. Dans les cas où une portion d'os est entièrement détachée et adhérente aux parties molles, on peut, ou l'extraire, et réunir ensuite le lambeau, ou la réappliquer en même temps que celui-ci Des exemples attestent que l'un et l'autre de ces procédés ont été couronnés de succès : le second nous semble néanmoins plus sûr que le premier, surtout si l'os présente des traces de contusion susceptibles de rendre douteuse la possibilité de sa réunion immédiate. Ces opérations réussissent mieux chez les enfans et les jeunes sujets que chez les adultes et les vieillards.

Lorsque l'os d'un membre a été divisé en même temps qu'une partie des chairs qui l'entourent, il faut appliquer un appareil à fracture, mettre les bords de la plaie en contact, et attendre ainsi les résultats des efforts de la nature. Il ne faut pas oublier, dans tous les cas de ce genre, d'une part, que la réunion doit être opérée avant que le contact de l'air ou celui du corps irritant n'ait déterminé dans l'os une inflammation aiguë, que terminerait la nécrose des surfaces découvertes ; de l'autre, que les appareils contentifs doivent rester appliqués long-temps encore après que la plaie extérieure semble parfaitement réunie. La cicatrisation des parties dures s'opère en effet beaucoup plus lentement que celle des autres tissus ; l'immobilité absolue de la partie, une compression médiocre exercée sur elle, quelques fomentations émollientes ou même des saignées locales, tels sont les moyens d'assurer le succès de la réunion, et de prévenir ou de combattre les accidens susceptibles de la faire échouer.

L'*inflammation* traumatique produit sur les os deux effets très-remarquables. Lorsqu'elle est un peu vive et entretenue par le contact de l'air ou par d'autres corps irritans, elle se termine promptement par la gangrène de la partie qui en est le siége. Moins intense, au contraire, elle borne son influence à augmenter l'action des vaisseaux absorbans, à dépouiller le parenchyme organique de la matière interne qui le surcharge, et à provoquer le développement de bourgeons celluleux et vasculaires plus ou moins considérables. Après toutes les plaies des os, lors même que les parties molles ont pu se réunir le plus exactement à ces organes, on trouve leur surface amincie, rugueuse, et portant l'empreinte d'une perte de substance plus ou moins considérable. Cette espèce d'inflammation n'est

pas douloureuse : les phénomènes de la mortification des lames osseuses superficielles, ceux du développement des vaisseaux du parenchyme de l'organe se succèdent et atteignent leur plus haut degré d'intensité, sans que le malade en ait conscience. De même que dans toutes les irritations, il faut s'efforcer alors de modérer les accidens inflammatoires, et d'abréger ainsi le temps de leur durée.

Les phlegmasies profondes du tissu osseux, celles qui ont leur siége dans la membrane médullaire, et qui sont le résultat d'une disposition intérieure, sont ordinairement accompagnées de douleurs intenses et presque intolérables. La sensation est alors d'autant plus difficile à supporter qu'elle est plus insolite, et que les parties affectées sont moins sensibles dans l'état normal. Combattre la maladie interne dont l'irritation des os est un des effets ; appliquer sur les régions douloureuses des sangsues, des fomentations émollientes et narcotiques, s'il y a de la chaleur et de la tuméfaction ; recourir, dans le cas contraire, aux vêtemens chauds, aux frictions avec la flanelle, aux irritans cutanés et aux autres révulsifs, tels sont les moyens auxquels il faut recourir. Les irritations de ce genre qui se fixent sur les os deviennent fréquemment habituelles ; elles se reproduisent avec une extrême facilité, et finissent, chez beaucoup de sujets, par déterminer les lésions les plus graves, les altérations les plus profondes. Il importe donc toujours de les combattre avec énergie, de les poursuivre jusqu'à ce qu'elles aient entièrement disparu, d'insister ensuite sur l'emploi de tout ce qui est susceptible d'éloigner leur retour, et de détruire la disposition de l'organisme à renouveler les actions d'où elles dépendent. *Voyez* RHUMATISME.

Les os sont exposés à une *dégénérescence gélatineuse* fort remarquable, mais rare. Les parties spongieuses semblent en être plus fréquemment le siége que les autres. Sous l'influence de la phlegmasie chronique qui s'est emparée de l'organe affecté, la substance osseuse est absorbée, détruite et remplacée par une masse tremblotante, légèrement opaque, analogue à du bouillon pris en gelée. Les lames superficielles de l'os sont dilatées, et forment à la tumeur une sorte d'enveloppe ou de réseau qui la circonscrit. Les tumeurs de ce genre deviennent quelquefois très-considérables. Richerand rapporte l'observation d'un prêtre qui en portait une du poids d'environ trente-trois livres, et qui était formée par la tête de l'humérus. Souvestre en a décrit une qui, développée à l'un des doigts, avait acquis la grosseur du poing. Dans les cas de ce genre, on ne peut que combattre, à l'aide de moyens appropriés, l'irritation fixée sur l'os ; et si, malgré le traitement le plus méthodique et le

plus actif, la tumeur continue de s'accroître, il faut l'emporter avant qu'elle n'ait acquis des dimensions qui rendraient l'opération impraticable ou d'un succès douteux.

La *friabilité* des os est portée, chez quelques sujets, au point que les fractures surviennent à l'occasion de l'effort le plus léger, du mouvement le plus simple. Cet état, qui coïncide fréquemment avec les affections cancéreuses, semble être, chez certains vieillards, l'effet presque naturel des progrès de l'âge. Chaussier et Ribes entre autres ont constaté que, dans la vieillesse, les os, loin de devenir toujours plus compacts, plus denses et plus pesans que dans l'âge adulte, perdent souvent de leur poids, semblent se dissoudre, et acquièrent une friabilité remarquable. Dupuytren a observé cet état chez des enfans très-jeunes, affectés de scrofules, et présentant d'ailleurs tous les caractères du rachitisme. Chez une petite fille, il vit trois fractures se succéder et s'opérer presque spontanément entre le deuxième mois et la seconde année. A cette époque, le cal des premières fractures se ramollit, et les membres se courbèrent. On remarqua que, quand la petite malade souffrait, les chairs devenaient plus molles, les muscles plus faibles et plus lâches, et que la courbure des os s'effaçait; elle revenait, au contraire, aussitôt que, les douleurs se dissipant, les fibres charnues reprenaient quelque énergie et de la tonicité. Combattre, par un régime approprié, la disposition intérieure à laquelle il est possible d'attribuer la lésion du tissu osseux; prévenir les fractures en évitant les exercices violens, les efforts considérables; appliquer sur celles qui s'opèrent des appareils propres à maintenir les fragmens dans une immobilité parfaite, et persister dans l'emploi du bandage jusqu'à ce que la consolidation se soit opérée, tels sont les moyens qu'il convient d'opposer et à la friabilité des os et aux solutions de continuité auxquelles elle prédispose les sujets qui en sont atteints.

Les os participent assez souvent aux lésions des parties molles qui les recouvrent. Dans les ulcères cancéreux, on les voit attaqués à leur tour, puis rongés et détruits comme les autres organes. La pourriture d'hôpital étend quelquefois jusqu'à eux ses ravages. Lorsqu'elle les envahit, elle y persiste avec une remarquable opiniâtreté : nous l'avons vue, sur plusieurs sujets, renaître en quelque sorte du point de l'os dénudé et carié, et de là se propager à toute la plaie, d'où elle avait été chassée une première et même une seconde fois au moyen de topiques appropriés. Aussi, lorsqu'un os est ulcéré au fond d'une plaie affectée de pourriture d'hôpital, faut-il toujours cautériser sa surface, afin d'y éteindre sûrement jusqu'au dernier vestige de la maladie. Les os sont susceptibles, malgré

leur solidité, d'être érodés, usés, détruits par les tumeurs situées à leur voisinage, et surtout par celles qu'agitent des mouvemens continuels, comme les anévrismes. Cette usure ne doit pas être confondue avec la carie; elle est le résultat d'une pression habituelle et constante, sous laquelle l'os cède, et se détruit par l'absorption successive de ses molécules. Aucune suppuration n'accompagne ce travail; aucun détritus de l'os ne reste dans les parties; l'absorption s'empare de tout ce qui est usé, et le reporte à mesure dans le torrent circulatoire. Emporter les tumeurs fibreuses, lier les vaisseaux anévrismatiques, en un mot détruire la cause occasionelle de l'érosion de l'os, tel est le seul moyen d'y mettre un terme, et de permettre à la nature de réparer les pertes de substance qu'il a déjà souffertes.

A la friabilité et à la destruction lente du tissu des os on peut opposer l'état d'*éburnation*, dans lequel ces organes augmentent de volume, de pesanteur, de consistance et de force. Les os du crâne sont plus souvent que les autres le siége de cette nutrition exubérante. On les a vus acquérir neuf, dix et même douze à quinze lignes d'épaisseur. Leur substance diploïque avait alors presque entièrement disparu; de leurs lames compactes, l'externe ou l'interne semblait être spécialement accrue; elles étaient solides, homogènes, luisantes et semblables à la substance de l'ivoire. Rullier a publié une observation de ce genre fort remarquable. Parmi les os des membres, ceux des extrémités inférieures semblent être plus souvent que les autres affectés d'éburnation. Nous avons trouvé, chez un militaire adulte, les fémurs et les tibias augmentés d'un tiers au moins de volume et de poids. Des pièces semblables ont été présentées il y a peu de temps à l'Académie royale de médecine. Dans l'un et l'autre cas, la partie moyenne des os s'était seule accrue, leurs extrémités articulaires n'offraient aucune altération; elles se continuaient presqu'en ligne droite avec le corps des organes. Ceux-ci, après de semblables altérations, ne présentent qu'une cavité médullaire fort étroite; leur substance est dépourvue des interstices et des ouvertures vasculaires que l'on observe à sa surface ou dans sa profondeur.

Il convient de distinguer l'état d'éburnation de celui de l'exostose. Dans ce dernier, il y a inflammation du périoste ou de l'os, et par suite formation d'une tumeur plus ou moins saillante, circonscrite et disposée ou non à la suppuration. Les os éburnés, au contraire, sont accrus dans toute leur épaisseur; leur substance paraît d'ailleurs saine, et aucune injection des tissus voisins n'y indique l'existence d'un travail inflammatoire. L'éburnation paraît être le résultat d'une exagé-

ration du mouvement nutritif, tantôt dans toutes les pièces du squelette, tantôt seulement dans quelques-uns des parties qui le composent. Quelquefois cet état semble produit par les irritations lentes et rebelles qui déterminent les douleurs ostéocopes; chez d'autres sujets, et tel était le cas rapporté par Rullier, ainsi que celui dont j'ai recueilli l'observation, on trouve les os éburnés alors que rien durant la vie n'avait pu faire présumer l'existence d'une semblable altération. La pathologie réclame de nouvelles recherches à ce sujet. Relativement à la thérapeutique, elle se borne à combattre l'irritation des tissus osseux, lorsque, sous son influence, ils augmentent de volume; dans les cas où aucun symptôme n'indique la maladie, elle ne saurait réclamer l'emploi d'aucun moyen médicinal.

Voyez, pour les autres maladies des os, les articles CARIE, EXOSTOSE, FRACTURE, etc.

OSEILLE, s. f., *rumex;* genre de plantes, de l'hexandrie trigynie, L., et de la famille des polygonées, J., qui a pour caractères : calice à six divisions profondes, dont trois intérieures plus grandes et rapprochées; point de corolle; six étamines à filets capillaires; un ovaire triangulaire; trois styles, à stigmates découpés; semence trigone, contenue dans les folioles intérieures et persistantes du calice, qui ont pris la même forme.

L'*oseille ordinaire*, *rumex acetosa*, commune dans les prés, est cultivée à cause de l'emploi journalier qu'on en fait dans les cuisines. On se sert principalement de ses feuilles, dont la saveur aigrelette plaît à tout le monde. Leur infusion ou décoction est souvent prescrite par les médecins. Elle agit à la manière de tous les ACIDULES. On mêle quelquefois leur suc à celui des crucifères. Les racines de la plante ont une saveur amère, et sont par conséquent toniques; jadis on les classait parmi les diurétiques. Autrefois aussi les graines passaient pour cordiales et astringentes, mais elles sont entièrement inusitées aujourd'hui.

OSMAZOME, s. m.; substance ainsi nommée par Thénard, mais dont la découverte remonte à Rouelle, et qui compte parmi les principes immédiats des animaux. Elle existe dans les muscles du bœuf, et l'on présume qu'elle se rencontre aussi dans ceux de tous les autres animaux adultes dont la chair est brune et savoureuse. On la trouve en petite quantité dans la substance cérébrale, dans le sang, dans les huîtres, et même, à ce qu'on assure, dans l'eau qui les baigne. Enfin elle se développe accidentellement sous l'influence de certains états pathologiques, car on dit avoir reconnu sa présence dans la matière que contenait un kyste séreux du foie, et le fluide d'un abcès phlegmoneux de la grande lèvre, chez une

femme atteinte de maux vénériens. Vauquelin et Braconnot l'ont retrouvée également dans certains champignons, et Chevalier et Lassaigne dans le *chenopodium vulvaria*. Il paraît qu'elle se forme de toutes pièces par la torréfaction de la chair musculaire.

Une livre de bœuf fournit communément moins de deux gros d'osmazome sec.

Cette substance s'obtient en traitant du bouillon dégraissé et concentré par l'alcool, et faisant évaporer la liqueur alcoolique.

Ainsi mis à nu, l'osmazome se présente sous la forme d'un extrait brun-rougeâtre, qui exhale une odeur aromatique, et se fait remarquer par une saveur forte et agréable. Il attire l'humidité de l'air, se dissout dans l'eau et l'alcool, donne à la distillation tous les produits des matières animales, et laisse un charbon volumineux, qui fournit beaucoup de sous-carbonate de soude, quand on le réduit en cendres.

Berzelius le considère comme un composé de lactate de soude et de matière animale; Thomson soupçonne que ce pourrait bien être de la fibrine légèrement altérée par son ébullition dans l'eau et sa dissolution dans ce liquide.

C'est à la présence de l'osmazome que le bouillon de bœuf doit sa saveur et son odeur, comme c'est son absence presque complète qui rend ceux de veau, de poulet et d'os insipides et inodores. Ce principe favorise singulièrement la digestion du bouillon, et les inconvéniens si nombreux des tablettes de bouillon sec tiennent à ce qu'il ne s'y trouve pas en assez grande abondance. Aussi Cadet a-t-il proposé de remplacer cette préparation par la poudre suivante : osmazome sec, une once; gélatine sèche, cinq onces; gomme arabique, deux gros; clous de gérofle, poivre concassé, semences de céleri et de carotte, de chaque douze grains. Cette poudre n'a pas été adoptée, et sa composition permet tout au plus de la considérer comme une ressource dans les voyages de long cours. Elle contient trop de substances excitantes pour qu'on puisse se permettre de l'administrer aux convalescens, et moins encore aux malades; il est vrai que ces deux cas sont précisément ceux où l'on a le moins besoin de recourir aux tablettes de bouillon ordinaires.

OSMIUM, s. m.; métal que Tennant a découvert dans le platine brut, où il se trouve combiné à l'iridium. Sa couleur est le gris foncé. Il s'unit difficilement à l'oxigène; mais, une fois oxidé, il se volatilise, lorsqu'on le chauffe, sous la forme d'une fumée blanchâtre, qui répand une odeur particulière et très-forte. C'est de cette propriété qu'il tire son nom. Son oxide est soluble dans l'eau.

OSMONDE, s. f., *osmunda*; genre de plantes cryptogames, de la famille des fougères, qui a pour caractères : fructification disposée sur un épi rameux, et composée de follicules unilatérales, nues, presque globuleuses, transversalement bivalves, et polyspermes.

L'*osmonde commune*, *osmunda regalis*, qui n'est pas rare en France, et qui se reconnaît à ses feuilles bipinnées, forme de grosses et belles touffes de deux à trois pieds de haut. Ses racines, qui sont de longues fibres noirâtres, ont été vantées comme un spécifique contre le rachitisme, et ont même joui, à ce titre, d'une grande réputation. Aubert, de Genève, assure qu'elles conviennent surtout lorsque la maladie attaque les extrémités inférieures. Suivant ce médecin, elles activent la sécrétion de la bile; et elles augmentent les forces digestives. On doit conclure de là qu'elles sont stimulantes; mais leur action ne sera bien connue que quand on en aura fait une analyse chimique exacte. S'il faut en croire Aubert, elles seraient également efficaces dans les scrofules et le carreau, affections contre lesquelles on sait que les médecins ont employé tour à tour tous les genres de stimulans. Le praticien de Genève administrait l'extrait d'osmonde à la dose de deux gros à demi-once par jour. Sous cette forme, il purge doucement.

OSSELET, s. m., *ossiculum*; os d'un petit volume, petit os. Ce nom a été particulièrement donné aux petits os qui se trouvent dans la caisse du tympan.

OSSEUX, adj.; qui a l'apparence ou la structure d'un os, c'est-à-dire, qui se compose d'un parenchyme gélatineux, dans les aréoles duquel sont disposées des molécules de phosphate calcaire. Telle est, en effet, l'idée qu'on peut se former d'un os, au moins chez l'homme; car, en zootomie, les anatomistes en sont revenus à l'opinion des anciens, en donnant le nom d'os ou de squelette à toutes les parties dures du corps des animaux, à celles qui en déterminent la forme et en facilitent les mouvemens, théorie que nous laissons ici entièrement de côté, et dont nous renvoyons l'exposition à l'article VERTÈBRE.

Il ne faut qu'une attention médiocre pour se convaincre que, quoique la densité du tissu osseux soit très-grande, cependant elle n'est pas la même dans toutes les parties d'un même os. Quel que soit l'os qu'on examine, on reconnaît bientôt qu'il se compose essentiellement d'un tissu fibro-celluleux, dont les fibres et les cellules sont plus rapprochées et plus serrées à la circonférence qu'à l'intérieur. Aussi distingue-t-on la substance de tous en *compacte*, appelée aussi *corticale*, parce qu'elle se trouve à l'extérieur, et en *spongieuse*, *aréolaire*, *cellulaire*, qui est toujours intérieure. Cette dernière prend le nom de *diploé* au crâne.

La substance compacte est douée d'une densité telle que l'œil nu n'y aperçoit aucun interstice, quoique le microscope y fasse découvrir de très-petits canaux vasculaires et médullaire. Ces canaux sont longitudinaux dans les os longs. Ils s'anastomosent fréquemment avec le grand canal médullaire et avec la surface externe de l'os, vers laquelle ils sont d'ailleurs moins grands que vers l'interne. Leur diamètre moyen est d'une vingtaine de lignes. La substance compacte forme en totalité les corps des os longs, et diminue beaucoup d'épaisseur vers les extrémités, où elle ne constitue plus qu'une simple couche. C'est elle aussi qui forme les deux surfaces des os plats.

La substance spongieuse est remplie de petites cavités très-apparentes à l'œil. Elle se compose, dans les os courts et dans les extrémités des os longs, de filamens plus ou moins fins, et de lamelles d'une ténuité semblable; dans les os larges et minces, de lames fortes, qui forment des aréoles étroites à la surface interne du canal médullaire des os longs, de filamens et lames réticulées.

Mais ces deux substances ne diffèrent qu'en apparence l'une de l'autre, et ne sont réellement qu'un seul et même tissu, diversement disposé, condensé dans une partie et raréfié dans une autre. La différence qu'elles présentent leur est, pour ainsi dire, étrangère. Elle dépend de la présence du tissu médullaire et de ses vaisseaux dans l'épaisseur même de l'os spongieux et de son contact avec l'une des faces seulement de l'os compact. Elle ne s'observe pas dans les premiers temps de la vie, où l'on ne rencontre que la substance aréolaire. Elle s'efface aussi par suite de l'état morbide, par l'effet de l'exaltation de la vie dans le tissu osseux, qui fait, ou que la substance compacte se convertit en spongieuse, ou même qu'elle ne se développe pas du tout. Ces deux substances peuvent donc se transformer l'une dans l'autre.

Quant à la texture même des os, elle a donné lieu à beaucoup de controverses et à d'innombrables écrits. Malpighi croyait ces organes composés de lames, de fibres et de filets, réunis par un suc intermédiaire. Gagliardi admettait des lames superposées et maintenues par des chevilles de formes différentes. Havers croyait à l'existence de lamelles, formées elles-mêmes de fibrilles, et réunies par un suc osseux. Lasone dit avoir observé des lames composées de fibres ossifiées, et tenant les unes aux autres par des filets obliques. Reichel a reconnu que les os ramollis dans un acide, qui leur enlève le phosphate calcaire, peuvent être partagés en lames, et celles-ci en fibres, formant un tout poreux et tubuleux, qui se continue avec la substance spongieuse. Scarpa enfin a conclu, d'un

très-grand nombre d'observations variées à l'infini, que le tissu osseux n'est qu'un tissu réticulé et celluleux.

Lorsqu'on veut examiner la texture de ce tissu, il est nécessaire de le ramollir. A cet effet, on le plonge dans l'acide hydrochlorique étendu d'eau. Cet acide enlève le phosphate calcaire, qu'il décompose, et forme, avec la chaux, un sel qui reste en dissolution dans le liquide, avec l'acide phosphorique. Il ne reste plus que le squelette cartilagineux de l'os, qui n'a fait que perdre une partie de son poids, en conservant sa forme et son volume, et qui est devenu flexible et tenace, à peu près comme le tissu fibro-cartilagineux. Si on le plonge alors dans l'eau, pour le faire encore ramollir, la substance compacte, qui, n'offrant aucune texture apparente, se divise en lames, réunies par des fibres, et les lames elles-mêmes, se gonflant, deviennent aréolaires et molles, comme le tissu cellulaire. D'où il paraît résulter que l'os est composé d'un tissu aréolaire dans les cavités extrêmement étroites duquel se trouve contenue une matière saline terreuse. Un os long, examiné par le procédé qui vient d'être décrit, se divise, à sa partie moyenne, en plusieurs couches, dont la plus externe enveloppe tout l'os, et dont les suivantes se continuent, en se ramifiant vers les extrémités, avec la substance spongieuse qui les remplit. Quant aux os larges, ils sont formés de deux lames seulement, et les os courts d'une seule qui les enveloppe. Celle-ci présente, comme les autres, à la face interne, des prolongemens filamenteux et lamineux, qui constituent la substance spongieuse.

OSSIFICATION, s. f., *ossificatio*, *osteogenia*, *osteogenesia*; formation, développement des os.

La formation des os est un des points de l'histoire des corps vivans qui a le plus fixé l'attention des anatomistes, et l'un de ceux en effet qui méritaient le mieux de piquer la curiosité. Ce n'est cependant que dans ces derniers temps qu'on est parvenu à se faire une idée exacte des phénomènes et des lois de l'ostéogénésie.

De tous les organes, les os sont les derniers qui paraissent, soit qu'on se borne à la considération de l'embryon humain, soit qu'on embrasse en même temps toutes les classes du règne animal. Ils offrent d'ailleurs cela de particulier que, dans leur développement, ils éprouvent des transformations successives d'autant plus remarquables que les divers états par lesquels ils passent tour à tour correspondent à des états analogues qui se montrent permanens chez d'autres animaux, de sorte que le système osseux contribue pour sa part à confirmer la grande loi de l'unité de composition organique, trouvée par Aristote,

et ramenée à des vues si éminemment philosophiques par les beaux travaux de Geoffroy Saint-Hilaire.

Comme tous les autres organes, les os sont d'autant plus mous, que l'embryon se rapproche davantage du moment de sa formation. D'abord liquides, ainsi que toutes les autres parties, ils passent successivement par les états muqueux, cartilagineux et osseux. Lorsqu'ils commencent à acquérir quelque consistance, ce qui arrive à une époque très-rapprochée de la conception, ils deviennent muqueux, transparens et incolores, et forment un tout continu, qui se divise plus tard. Vers la fin du second mois de la vie intra-utérine, ils commencent à prendre le caractère cartilagineux. Cependant Béclard fait observer qu'on ne peut apercevoir cet état que dans les os ou dans les parties d'os qui s'endurcissent un peu tard, et que, pour ceux dont l'ossification est très-précoce, il est douteux qu'ils passent par l'état de cartilages, lequel paraît plutôt destiné à remplir provisoirement les fonctions d'os qu'à être une période de l'ossification. D'ailleurs cette dernière ne résulte pas partout de la transformation d'un cartilage en os, puisque le corps des os longs et le centre des os larges très-précoces passent immédiatement de l'état muqueux à l'état osseux.

Quoi qu'il en soit, au reste, le cartilage provisoire, qu'on appelle pour cette raison cartilage d'ossification, ne ressemble à l'os dont il remplit les fonctions que parce qu'il en a la forme et qu'il en acquiert le volume. Mais il ne présente ni la structure lamelleuse, ni les cavités médullaires ou aréolaires de ce dernier. Il forme une masse pleine et absolument homogène, que le périoste enveloppe de toutes parts, et dans laquelle la partie rouge du sang n'a point accès. Peu à peu, vers le huitième mois de la grossesse, quelques-uns des vaisseaux qui pénètrent dans son tissu admettent du sang rouge, et c'est de cette époque seulement que date l'ossification, dont Béclard a tracé un tableau si exact qu'il nous est impossible de faire mieux que de le reproduire textuellement ici.

Le premier point d'ossification, dit cet habile anatomiste, paraît toujours dans l'épaisseur du cartilage, et jamais à sa surface. Il est entouré de cartilage rouge à l'endroit qui est en contact avec lui, opaque et creusé de petits canaux un peu plus loin, et plus loin encore homogène et sans vaisseaux, mais percé seulement de quelques canaux vasculaires qui tendent vers le point osseux. Le point osseux augmente continuellement par accroissement à sa surface, et aussi par addition interstitielle dans son épaisseur. Le cartilage, successivement creusé de cavités et de canaux, tapissés par des gaînes vasculaires, diminue successivement, à mesure que l'os aug-

mente, et finit par disparaître. Ces canaux eux-mêmes, très-larges au commencement de l'ossification, deviennent de plus en plus petits, et disparaissent enfin quand elle est achevée. A la place d'un cartilage plus ou moins épais, mais d'abord plein ou solide, sans cavités ni vaisseaux distincts, plus tard creusé de canaux tapissés de membranes vasculaires et sécrétantes, on trouve un os très-vasculaire, creusé de cavités aréolaires ou spongieuses, revêtues de membranes et remplies de moelle graisseuse. L'os devient ensuite moins vasculaire avec le temps.

On a beaucoup discuté sur la cause de l'ossification; sujet obscur qui a enfanté une multitude d'hypothèses, recueillies et présentées avec beaucoup d'ordre et d'ensemble par Sœmmerring. Les uns ont prétendu que les extrémités des artères, après s'être remplies de matière osseuse, se crevaient et laissaient échapper cette matière autour d'elles. D'autres ont dit que cette dernière s'exhale à travers les vaisseaux, soit par des porosités latérales, soit par des extrémités exhalantes. On a soutenu aussi tantôt que le phosphate calcaire se déposait dans les aréoles du cartilage, et c'était là l'opinion d'Hérissant, adoptée depuis par un grand nombre de physiologistes, tantôt qu'il s'accumulait dans les vaisseaux absorbans, autre hypothèse dont Mascagni est l'inventeur. Mais, en émettant de pareilles idées, on s'est avancé bien au-delà des faits, on a proposé des idées quand il ne s'agissait que de simples descriptions, et, comme l'a fort bien dit Magendie, l'imagination n'a pas dédaigné d'entrer jusque dans l'anatomie. La cause de l'ossification ne nous est pas plus connue que celle de toutes les autres opérations vitales. L'acte seul est un fait incontestable, mais un voile impénétrable nous en dérobe le comment ou le pourquoi. Tout ce que nous savons, c'est 1°. que la vascularité augmente beaucoup avant l'ossification, et la précède toujours; 2°. que le cartilage diminue et disparaît à mesure que l'os se forme et s'accroît; 3°. que l'os, très-vasculaire au moment de sa formation, le devient ensuite de moins en moins. Quant à l'état dans lequel la substance osseuse est disposée, ainsi que Béclard l'a fort bien fait observer, c'est sous forme liquide, et son endurcissement successif peut dépendre, soit de la déposition continuelle d'une plus grande quantité de substance terreuse, soit de la résorption du fluide auquel elle était redevable de sa mollesse. Les théories mécaniques qui ont si long-temps obscurci la physiologie, avaient pu seules faire penser que l'ossification dépend de ce qu'un sel terreux se dépose dans un tissu organique préexistant. On sait aujourd'hui que le tissu primitif disparaît pour faire place à un autre tissu nouveau, contenant à la fois et la substance

terreuse et la substance animale dont la formation est simultanée. Ces vérités incontestables deviendront plus évidentes lorsque nous aurons fait connaître les lois générales qui président à l'ossification.

Ces lois peuvent être réduites à treize, comme l'a fait Meckel.

1°. L'ossification débute toujours dans la substance même du cartilage, et ce dernier enveloppe de toutes parts le noyau osseux, lorsqu'il commence à se montrer.

2°. Elle procède constamment du centre à la circonférence. C'est ce que démontrent sans réplique les belles expériences de Duhamel sur les os des animaux nourris avec de la garance. On sait que cette substance a la singulière propriété de communiquer une belle teinte rouge aux os des animaux dans la nourriture desquels on la fait entrer. Or la coloration du tissu se borne toujours à la surface, et ne s'étend jamais aux couches profondes. On peut même, en suspendant et reprenant l'usage de la garance, faire naître une série de couches superposées, alternativement jaunâtres et rouges. Cependant il ne faut pas conclure de là que les os jouissent seulement de la vie à l'extérieur, comme les tiges des végétaux ligneux. Il se fait au contraire un renouvellement continuel de toute leur substance. Hurter a prétendu le contraire, à la vérité; mais ses expériences n'ont pas réfuté celles de Duhamel, desquelles il résulte que les os ne croissent pas seulement en longueur et en largeur, c'est-à-dire, par des additions extérieures sur leurs faces et à leurs extrémités, mais qu'ils augmentent encore dans le sens de leur épaisseur, c'est-à-dire, que leur masse déjà existante devient réellement plus volumineuse avec le temps. La seule différence qui existe à cet égard, et dont nous devons encore la notion aux beaux travaux de Duhamel, c'est que l'accroissement marche avec beaucoup plus de lenteur et s'arrête de bien meilleure heure dans le centre des os que vers leurs extrémités. Les phénomènes pathologiques fournissent une nouvelle preuve à l'appui de cette démonstration purement physiologique, car ils nous montrent le tissu osseux jouissant, dans toute son étendue, d'une vitalité, obscure à la vérité, mais que des causes externes ou internes peuvent exalter à un degré souvent considérable. *Voyez* OSTÉOMALACIE.

3°. Il n'y a qu'un très-petit nombre d'os qui se développent par un seul point d'ossification. En général, ils doivent naissance à plusieurs pièces osseuses qui se forment isolément et à distance, restent plus ou moins long-temps séparées par la masse cartilagineuse non encore détruite, et ne se confondent ensemble qu'au bout d'un laps de temps plus ou moins long. Parmi ces pièces osseuses, les plus grandes sont celles qui se

forment les premières. Mais il ne suit pas de là que les petits os paraissent tous avant les gros, car la formation de ces derniers est généralement précédée par celle des os de moyenne grandeur. C'est ainsi, par exemple, que l'omoplate, les os coxaux et les os cylindriques des membres ne se développent que long-temps après la mâchoire inférieure et la clavicule.

4°. Les pièces osseuses qui entrent dans la composition de chaque os, et les os eux-mêmes, considérés dans leur ensemble, suivent le même ordre en se perfectionnant qu'en se formant, c'est-à-dire, augmentent d'autant plus vite qu'ils se sont développés de meilleure heure.

5°. L'ossification est très-précoce dans les os longs, qui, à peu d'exceptions près, se développent de meilleure heure, et arrivent plus tôt à leur perfection que les os plats. Le même rapport existe entre ces derniers et les os courts, dont l'ossification est la plus tardive à tous égards. Ce qu'il y a de remarquable sous ce point de vue, c'est que les portions des os longs qu'on peut rapprocher des os courts, c'est-à-dire, leurs extrémités, rentrent parfaitement dans les conditions ostéogéniques de ces derniers, et paraissent bien plus tard que les corps ou diaphyses. Cette particularité mérite d'être notée, à cause du rôle qu'elle joue dans le phénomène de la régénération osseuse, les os qui les premiers se développent et arrivent au dernier terme de perfection, étant aussi ceux qui se régénèrent le plus facilement et le plus complétement, lorsqu'ils viennent à être détruits par l'effet d'un accident. Meckel fait à cet égard une réflexion qu'on ne saurait trop recommander à l'attention des physiologistes, quelque éloignée qu'elle soit des idées reçues, et surtout de celles qu'une école plus mystique que rationnelle cherche à faire prédominer en ce moment : ce phénomène singulier tient à une grande loi générale de la nature organique, dans laquelle agit une force qui tend principalement à suivre la direction longitudinale, et qui se rapproche par conséquent de celle à laquelle sont dus les effets si variés du grand agent de la nature, l'électricité. Le biologiste doit soigneusement tenir compte de tous les faits qui tendent à démontrer, dans tout l'univers, une unité d'action semblable à cette unité de composition qui règne parmi les corps organisés, et qui n'est plus l'objet du moindre doute aux yeux des physiologistes éclairés et sans préventions.

6°. L'époque à laquelle les os se développent dans l'embryon humain paraît être subordonnée à la loi de leur apparition progressive dans la série des animaux. Ainsi, la clavicule et la mâchoire inférieure, qui se forment de si bonne heure, sont aussi des os qui jouent un rôle important et qui ont une grande prépondérance dans la classe des poissons.

7°. Cependant la destination des os n'est probablement pas non plus sans influence sur le plus ou moins de précocité de leur apparition. Sans abuser des causes finales, comme le faisaient les physiologistes du dernier siècle, on ne peut se refuser à admettre qu'il existe une relation intime et nécessaire entre l'existence et le but des organes, par conséquent aussi entre leur formation et le rôle qu'ils sont destinés à jouer dans l'ensemble organique ou dans l'organisme.

8°. Tous les os ne se ressemblent pas sous le point de vue de l'époque à laquelle ils atteignent le dernier degré de la perfection, tant à l'égard de la forme qu'à celui du volume. Les uns y arrivent plus tôt, et les autres plus tard, sans qu'on ait pu, ou du moins sans qu'on ait encore cherché à se rendre compte des causes de cette différence.

9°. Chaque pièce osseuse, chaque os est soumis à une certaine loi, relativement au mode et à l'époque de son développement. Il se développe d'après un type fondamental, dont la configuration définitive et l'évolution successive sont fixées d'avance. Mais tous les os sont susceptibles de s'écarter de ce type normal, et ils ne le sont pas tous au même degré. Ceux qui se forment les derniers sont aussi ceux qui offrent le plus souvent des anomalies, dont on doit peut-être chercher la source dans l'épuisement de la force plastique. Ce qui semble autoriser cette conjecture, c'est que les anomalies sont surtout fréquentes dans les os qu'on ne peut considérer que comme des répétitions plus ou moins parfaites de ceux qui existent dans d'autres régions du corps. C'est ainsi qu'on les observe souvent dans les os du crâne, qui ne sont que des vertèbres modifiées, et dans la chaîne sternale, qui n'est qu'une ébauche imparfaite, un rudiment de colonne vertébrale antérieure. La force plastique n'ayant pas assez d'énergie, dans ces parties, pour leur faire acquérir la forme parfaite du type fondamental qui lui sert de modèle dans leur construction, il n'est pas surprenant que des causes diverses se réunissent quelquefois, tantôt pour l'arrêter en deçà du point où elle suspend ordinairement son activité, tantôt pour le porter au-delà de ce degré, et faire naître ainsi des anomalies dont l'essence consiste, dans le premier cas, en un défaut, et, dans le second, en un excès de développement.

10°. La composition chimique des os n'est pas la même à toutes les époques de la vie, ainsi que nous l'avons déjà dit à l'article OS. En général, la quantité de substance terreuse est d'autant moins considérable, eu égard à celle de la substance animale, que l'os se rapproche davantage du moment de sa formation. Ce fait, démontré par les analyses chimiques de Davy, se réunit à beaucoup d'autres argumens purement théo-

tiques pour combattre et renverser la doctrine mécanique d'Hérissant et de tous ses copistes sur la formation du tissu osseux.

11°. La structure des os suit pas à pas les changemens qui surviennent dans leur composition chimique. En effet, ils sont d'abord plus spongieux, et composés uniquement d'un tissu de fibres et de lamelles diversement entrelacées, sans aucune apparence de substance compacte.

12°. Leur configuration varie aussi dans la même proportion. En général, ils sont d'abord plus lisses, plus arrondis, moins chargés d'angles et d'aspérités. Cependant il ne résulte pas de là, que, comme l'a prétendu Ackermann, les apophyses, les aspérités qu'ils présentent, soient le résultat purement mécanique des tractions qu'exercent sur eux les puissances musculaires, et qu'on doive attribuer à une cause également mécanique les enfoncemens de tant d'espèces qu'on aperçoit à leur surface. Tout ce qu'il est permis de croire, et cette conjecture s'accorde parfaitement avec les lois connues de la vie, c'est que les tractions exercées par les muscles contribuent au développement des apophyses en stimulant l'action vitale dans les portions d'os sur lesquelles agissent ces organes, et imprimant un plus grand degré d'activité aux phénomènes de nutrition qui s'y passent.

13°. Les os sont plus flexibles et plus élastiques dans le jeune âge que dans un âge avancé, ce qui est une conséquence naturelle des lois précédentes.

Après avoir ainsi fait connaître les lois générales de l'ossification, il conviendrait peut-être, pour compléter le tableau de cet important phénomène organique, de réunir ici toutes les considérations qui se rattachent à la manière dont il s'opère dans les divers os du corps humain; mais, devant éviter toute répétition inutile, nous renvoyons le lecteur à l'article de chaque os en particulier, et passons de suite à l'histoire des ossifications accidentelles, dans laquelle il nous sera permis d'être court, les principaux phénomènes que ces formations anormales présentent ayant déjà été traités, fort au long, à l'article CAL, et à l'article NÉCROSE, à l'occasion de la régénération, si contestée et pourtant si incontestable, du tissu osseux.

L'histoire des ossifications accidentelles laisse encore beaucoup à désirer, parce qu'on a confondu sous ce nom une foule de productions anormales qui n'avaient de commun que de présenter une dureté plus ou moins voisine de celle des os, et de se développer spontanément dans des organes où l'on n'a pas coutume de rencontrer le tissu osseux. Une production de ce genre ne mérite le nom d'os que quand elles offrent les attributs extérieurs et intérieurs du tissu osseux, c'est-à-dire, la structure qui caractérise ce dernier, la composition chimique

qui lui appartient, et une membrane fibreuse, analogue au périoste, qui l'enveloppe de toutes parts. Or il est évident que ces conditions ne se retrouvent pas dans l'immense majorité des cas pathologiques qu'on a rassemblés sous le nom collectif d'ossifications accidentelles. On s'est toujours borné à l'examen des qualités extérieures, sans réclamer les secours de la chimie, ni même sans s'inquiéter de savoir si les productions auxquelles on avait affaire étaient réellement organisées et vivantes, ou ne constituaient pas plutôt des dépôts absolument inertes et privés de vie, comme elles le sont en particulier dans l'éburnation des cartilages diarthrodiaux, qui se transforment alors en une substance absolument semblable à l'émail dentaire, par conséquent privé de vie comme ce dernier et comme toute la substance solide des dents. Pour qu'une production accidentelle puisse être qualifiée d'os anormal, il faut nécessairement qu'elle soit revêtue d'un périoste, qu'elle jouisse de la vie, qu'elle tienne au reste de l'organisme par des vaisseaux sanguins, et qu'elle offre d'ailleurs les attributs du système osseux, c'est-à-dire, un parenchyme gélatineux imprégné de phosphate calcaire. Or il est évident qu'on ne rencontre ces caractères réunis que dans le cal, et dans la régénération du corps des os longs. Béclard assure cependant avoir trouvé une substance osseuse parfaite, sous la forme de corps isolé, dans la dure-mère, et l'avoir vue aussi, mais presque tout à fait compacte, sous la forme de lames placées dans le ligament vertébral antérieur. Il ajoute que les plaques osseuses qui couvrent les cartilages costaux sont dans le même cas, et qu'on trouve aussi quelquefois une ossification parfaite, sous forme de kyste hydatifère.

Il ne doit pas être question ici de la transformation des cartilages permanens en os, puisque, bien qu'elle sorte de la règle, elle ne diffère cependant en rien de celle des cartilages temporaires, et s'effectue probablement par le même mécanisme, quoiqu'on ne sache encore rien de positif à cet égard.

Nous avons vu que l'existence préliminaire d'un cartilage n'est pas indispensable à la production des os normaux, et que, suivant toutes les apparences, il arrive souvent à ces derniers de se développer au milieu du tissu primitif, et sans que celui-ci commence par se cartilaginifier. Il peut donc se développer des ossifications accidentelles dans tous les tissus, puisque le mucus, si même il est nécessaire à leur formation, ce dont on peut douter, existe partout. Mais elles sont plus fréquentes dans les tissus qui ont d'abord éprouvé la transformation cartilagineuse et fibreuse, parce qu'alors leur production se rapproche davantage des conditions normales. Le périoste, le périchondre, les ligamens, les tendons, la dure-

mère, la membrane interne des artères, s'ossifient le plus souvent sans se cartilaginifier, tandis qu'il est rare que les membranes séreuses ne commencent pas par subir cette dégénérescence. Peut-être n'y a-t-il que ces productions accidentelles qui méritent le nom d'os, et ne doit-on pas considérer comme telles celles qui se développent dans un tissu, soit de première formation, soit accidentel, dont la conformation et la structure n'ont point éprouvé de changemens qui les fasse méconnaître. C'est à l'observation à résoudre ce problème, car, il faut le dire, l'histoire des ossifications anormales est encore dans l'enfance. On s'est attaché à l'extérieur seulement, et l'on a rapproché les objets les plus disparates, comme il arrive toujours lorsqu'on marche au hasard, et sans être guidé par des principes certains. Beaucoup de prétendues ossifications anormales doivent être rejetées dans les classes des concrétions calculeuses; on n'en peut douter lorsqu'on voit des écrivains, même du jour, citer comme telles les pierres de la glande pinéale, les phlébolithes, les arthrolithes, etc.

Il a été dit précédemment que la formation du tissu proprement dit dans les cartilages temporaires débute par l'afflux, dans ce dernier, du sang qui n'y abordait pas auparavant. Le développement normal des os est ainsi le résultat d'un travail inflammatoire, ou du moins très-voisin de l'inflammation. Si les pathologistes avaient eu égard à cette circonstance importante, ils seraient arrivés plus tôt à conclure que l'ossification accidentelle elle-même est toujours une terminaison de l'inflammation, ou au moins de l'irritation morbide des tissus dans lesquels elle s'établit, et cette proposition, si simple, si évidente, n'aurait pas autant soulevé les esprits routiniers. C'est une nouvelle preuve de la necessité d'établir la pathologie générale et spéciale sur les bases de la physiologie, et de rejeter toute théorie qui ne serait pas en harmonie avec cette dernière. Il résultera de là, il est vrai, que la pathologie marchera d'un pas égal avec la physiologie. Mais faut-il sérieusement réfuter ceux qui la diraient volontiers une science achevée depuis Hippocrate, et qui ne soutiennent une thèse si absurde que par ignorance, ou, ce qui est plus inexcusable encore, par paresse d'esprit?

OSTÉOCOPE, adj., *osteocopus.* Se dit de toute douleur ressentie dans les os, et tellement vive que le malade la compare à celles que l'on suppose être l'effet de la fracture des os. Le siége en est, ou dans le périoste, ou dans la membrane médullaire. Elle accompagne l'exostose, la carie et la nécrose. On la regarde généralement comme un symptôme pathognomonique de la syphilis constitutionnelle, quand elle augmente pendant le séjour au lit; dans le cas contraire, on la met au

nombre des phénomènes du scorbut; quand elle augmente par le repas et par l'exercice, on la dit syphilitico-scorbutique. Le temps est passé où, sur de pareilles assertions, on croyait pouvoir en conscience prescrire les antisyphilitiques et les antiscorbutiques isolés ou réunis. Il est à désirer que les affections chroniques des os et de leurs dépendances, ou plutôt des tissus organiques qui les constituent, mieux connus, mettent à même de savoir ce qu'il faut penser de la nature et du siége précis des douleurs ostéocopes.

OSTÉOMALAXIE, ou OSTÉOMALACIE, *osteomalacia;* ramollissement des tissus osseux. Cette affection, qui forme un des traits caractéristiques du rachitisme, peut exister aussi indépendamment de toute autre lésion de l'économie animale, et tenir à des altérations variées survenues dans les organes qui en sont le siége. Il importe donc de la considérer en elle-même, et de signaler autant que possible les changemens qu'elle peut occasioner dans la texture des os.

Il arrive quelquefois, chez les jeunes sujets, surtout chez ceux où le tempérament lymphatique est très-prédominant, que la nutrition languit dans les os, et que ces organes n'acquièrent pas le développement et la solidité qui doivent les caractériser. Ce cas, le premier de ceux que nous nous proposons d'examiner, appartient moins au véritable ramollissement qu'à l'imperfection des actions vitales dont le tissu osseux doit être le siége durant les diverses périodes de son accroissement. Ce tissu reste alors mou, blanc, élastique, et en quelque sorte cartilagineux. Les côtes, par exemple, sont flexibles sous le plus léger effort; les extrémités articulaires des os des membres ont un volume disproportionné à celui de la partie moyenne des mêmes organes; et, comme alors la maigreur est ordinairement considérable, les articulations forment des renflemens que le vulgaire désigne sous le nom de *noueures.* La substance compacte ressemble assez alors à ce qu'elle devient lorsqu'on l'a plongée dans de l'acide nitrique affaibli, afin de la dépouiller du sel calcaire qui l'encroûte. La partie spongieuse est plus développée, plus vasculense, pénétrée de plus de sang que dans l'état normal. Les canaux médullaires sont élargis, et la moelle n'a pas la consistance et l'aspect qui la distinguent chez les sujets sains. Sous le poids du corps, ou même par la seule action musculaire, les os, ainsi altérés, se courbent, se fléchissent, et le corps entier se déforme. Chez le plus grand nombre des sujets, le tissu osseux est alors peu disposé à se rompre; chez quelques autres, au contraire, en même temps qu'il devient mou, sa friabilité augmente, et les mouvemens les moins violens suffisent pour

y occasioner des fractures dont la consolidation est très-difficile à obtenir. Tels étaient les cas observés par Dupuytren, et dont nous avons parlé à l'article os.

Toutes les inflammations aiguës ont pour effet de ramollir les portions du tissu osseux qu'elles affectent. Cette règle ne présente qu'un fort petit nombre d'exceptions. Ainsi, lorsqu'un os est dénudé, la surface perd par l'absorption le phosphate de chaux qui la rendait solide; son parenchyme celluleux se développe, des bourgeons vasculaires s'en élèvent, et à une profondeur plus ou moins considérable, l'organe présente la même texture que toutes les parties molles enflammées. Examiné alors avec attention, l'os paraît manifestement pénétré de plus de sang, parcouru par un plus grand nombre de vaisseaux, en un mot, devenu plus spongieux que dans l'état normal. Des changemens analogues précèdent presque toujours le développement de la carie, et persistent pendant toute sa durée. Béclard pense même que cette affection n'est autre chose qu'un ramollissement aigu de la substance spongieuse des os, tel qu'on peut la couper avec un bistouri sans altérer le tranchant de ce dernier. Ce ramollissement, dit-il, paraît être l'effet d'une inflammation qui, le plus souvent, se termine par suppuration, et quelquefois aussi par nécrose. Nous avons vu ailleurs que le ramollissement seul ne constitue pas la carie, mais accompagne ou précède cette maladie, que caractérise essentiellement l'érosion ou l'ulcère de l'os.

Ces considérations tendent à jeter quelque lumière sur l'étiologie de ce que les auteurs ont plus spécialement désigné sous le nom d'ostéomalaxie chez les sujets adultes. Alors, en effet, les os, de solides et droits qu'ils étaient, deviennent mous et se courbent. On connaît trop l'exemple d'altération de ce genre, présenté par la femme Supiot, pour qu'il soit nécessaire de le reproduire ici. Breschet a observé un squelette dont les os présentaient une déformation analogue, mais sans qu'il ait été possible de connaître la cause et les progrès plus ou moins rapides d'une affection aussi remarquable. Les os deviennent alors légers; leur substance paraît rougeâtre ou même brune; ils présentent des porosités plus grandes, des vaisseaux plus nombreux, une spongiosité plus manifeste que chez les sujets sains. Devenus flexibles sous le doigt qui les presse, des gouttelettes de sérosité et de sang s'en échappent de toutes parts. Les cavités médullaires paraissent agrandies aux dépens de la substance compacte qui formait leurs parois, et que l'absorption a fait en grande partie disparaître. Ces parois, sur quelques sujets, sont devenues aussi minces que le papier, et cèdent à la pression, comme le parchemin. Dans de telles cir-

constances, les pieds peuvent toucher aux genoux, ceux-ci se rapprochent des fesses; la colonne vertébrale se contourne sur elle-même, et le corps entier se réduit au tiers, ou même au quart de sa hauteur primitive. Soumis à l'analyse, les os atteints de ramollissement ne donnent qu'un faible proportion de sel calcaire; le parenchyme celluleux, au contraire, y paraît en excès; et si on les fait bouillir pendant quelques heures, ils se fondent et disparaissent presque entièrement, comme toutes les substances gélatineuses.

C'est à ce petit nombre de notions que se réduit ce que l'on sait de positif concernant le ramollissement des os. L'anatomie pathologique, tant perfectionnée sur d'autres points, est encore ici dans l'enfance, et sollicite des observations nouvelles. Relativement aux causes de l'ostéomalaxie, il serait inutile d'aller les chercher dans l'alcalescence des humeurs, dans la présence d'un vice rachitique, ou dans toute autre altération de même nature. Il est manifeste qu'elles consistent, chez les sujets dont le tempérament lymphatique est développé à l'excès, en une langueur et une imperfection de toutes les actions assimilatrices, d'où résultent, d'une part, la mauvaise qualité des matériaux nutritifs, et, de l'autre, des mouvemens vitaux insuffisans pour donner à toutes les parties leur texture et leur force normales. La constitution tout entière est alors altérée, et ses mouvemens sont pervertis. Dans ce cas, l'ostéomalaxie n'est qu'un des effets d'un état plus général qui doit presque seul fixer l'attention du praticien. *Voyez* RACHITISME.

Lorsque le ramollissement des os est accidentel, et dépend d'une inflammation plus ou moins vive des organes affectés, il faut combattre cette phlogose par des moyens appropriés. Lorsque la maladie est le résultat d'une violence extérieure, les mouvemens vitaux, en se succédant, tendent d'eux-mêmes à la dissiper. C'est ainsi qu'après le ramollissement des parties sur lesquelles se développent les bourgeons charnus, on voit ces parties se durcir de nouveau, s'encroûter de phosphate de chaux, et servir de base à des cicatrices solides. Chez les sujets dont le ramollissement semble causé par l'état syphilitique, par le scorbut, ou par toute autre modification morbide analogue, il faut s'attacher d'abord, et presque exclusivement, à faire cesser le désordre des fonctions intérieures. Cet objet étant rempli, on voit, dans le plus grand nombre des cas, les membres reprendre leur solidité et leurs usages, à l'exception toutefois des courbures qu'ils ont reçues pendant la maladie; on a observé qu'alors la substance compacte est plus abondante du côté concave de l'organe qu'à sa partie convexe. Lorsque l'os est fléchi à angle droit, il est en

cet endroit tout à fait compacte, le canal médullaire s'y trouve interrompu, et la solidité de l'organe en est augmentée.

Il importe donc, en même temps que, chez les sujets dont les os sont ainsi altérés, on combat les dispositions morbides intérieures, d'éviter tout ce qui peut augmenter les courbures des organes, et multiplier leurs déformations. L'exercice communiqué est alors plus utile que la marche, la course ou les autres mouvemens gymnastiques. On doit veiller à ce que le sujet tienne ses membres bien étendus, et des matelas solides de crin ou de plantes aromatiques devront lui servir de lit. Enfin, lorsque l'économie vivante commence à reprendre de la vigueur, et les os à redevenir solides, il faut s'attacher à redresser les courbures anormales de ces organes, au moyen de machines qui n'empêchent pas les membres de se mouvoir et de se fortifier par l'exercice. La mécanique appliquée au traitement des difformités des diverses parties du corps est tellement perfectionnée, qu'il n'est presque pas d'indication de ce genre qu'elle ne soit susceptible de remplir. Telles sont les règles générales qui doivent présider à la curation des divers cas d'ostéomalaxie; c'est à la sagesse et à l'expérience des praticiens à les adapter convenablement aux cas particuliers qu'ils peuvent observer.

OSTÉOSARCOME, s. m., *osteosarcoma ;* nom que l'on donne le plus ordinairement au cancer de la substance osseuse. Cette maladie est quelquefois aussi désignée sous les titres d'*ostéosarcose*, de *carnification osseuse*, de *ramollissement des os*, et autres dénominations non moins vagues et inexactes.

Comme toutes les autres affections de ce genre, le cancer des os est constamment le résultat d'une phlegmasie plus ou ou moins ancienne et profonde du tissu qui en est le siége. Nulle part, peut-être, les hypothèses imaginées pour donner aux affections cancéreuses une origine autre que l'irritation des organes, n'ont paru, plus que dans la maladie qui nous occupe, dénuées de fondement et en opposition directe avec les faits. Il n'y a peut-être pas d'observations d'ostéosarcome, dit Delpech, où l'on n'ait attribué cette affection à quelque contusion ou à toute autre cause extérieure ; ce qui veut dire que, dans la plupart des cas, des actions stimulantes externes ont donné le signal de la dégénérescence osseuse. Or, malgré la presque unanimité de cette remarque, le praticien que je viens de citer affirme qu'il serait absurde de ne pas considérer le cancer comme une production organique déterminée par une disposition intérieure générale et indéfinissable. Il est manifeste que, pour admettre une telle opinion, il faut d'un côté répudier les résultats les mieux constatés de l'observation et de l'expérience du plus grand nombre des praticiens ; de l'autre,

n'examiner les faits qu'avec un esprit prévenu ou aveuglé par des théories spéculatives.

On a cherché à distinguer l'ostéosarcome de l'exostose, de la carie, du spina ~~bifida~~ et de l'ostéomalaxie : mais ces distinctions ont toujours été sans succès. En effet, comme le cancer des parties molles, celui des os peut succéder à toutes les autres nuances de l'inflammation. Il constitue le terme de la plupart des irritations dont la substance osseuse peut être affectée. On ne doit donc pas le considérer comme une maladie spéciale, essentielle, et indépendante de toutes les autres, mais bien comme une conséquence, un produit de l'irritation et des diverses variétés d'altérations qu'elle détermine dans les os.

Si l'on parcourt les observations connues d'ostéosarcome, on voit qu'il peut être déterminé, d'une part, par l'extension aux os voisins des dégénérescences cancéreuses des parties molles, de l'autre, par le développement du cancer dans la substance osseuse elle-même. Dans le premier cas, les tumeurs ou les altérations cancéreuses parvenues aux os les altèrent, les carient, les convertissent en une substance semblable à celle des autres tissus désorganisés. Tantôt le parenchyme osseux se détruit graduellement, et semble n'être affecté que d'une simple érosion ; tantôt il se tuméfie d'abord, se transforme en une matière lardacée, et finit par disparaître au milieu de la destruction générale. Toutes les fois que la maladie procède ainsi de dehors en dedans, le diagnostique ne saurait présenter d'obscurité. L'origine, les caractères et la marche de la lésion des parties molles ne peuvent manquer d'éclairer le praticien sur la nature de l'affection du tissu osseux, et de prévenir toute espèce d'erreur.

Il n'en est pas de même lorsque, plus obscur dans ses premiers développemens, l'ostéosarcome débute par l'intérieur de l'os, et signale sa présence avant que les tissus environnans ne présentent aucun signe d'irritation. Alors, en effet, la maladie s'annonce ordinairement par des douleurs d'abord vagues, profondes, mal déterminées. Ces douleurs augmentent graduellement de vivacité, de permanence, et se fixent dans un endroit déterminé et circonscrit. Elles deviennent, après un temps plus ou moins long, lancinantes, insupportables, et altèrent profondément la constitution du malade. Il est à remarquer à ce sujet que les douleurs des os, que les inflammations chroniques de ces organes, exercent plus facilement que les affections analogues des autres parties une action sympathique défavorable sur l'ensemble de l'économie animale. Les fonctions des principaux viscères et les mouvemens nutritifs sont, par elles, très-promptement dérangés et pervertis. Cependant, en

même temps que la constitution s'altère, l'os affecté se gonfle, et devient le siége d'une tumeur plus ou moins considérable. Dure, profonde, incompressible, cette tumeur, recouverte d'abord de parties molles non altérées, devient inégale, présente au doigt des bosselures irrégulières, et envahit successivement tout ce qui est en contact avec elle. La violence et la continuité des élancemens douloureux suivent les progrès de la tuméfaction. Enfin, soit que les tissus environnans s'enflamment, s'ulcèrent et forment une plaie cancéreuse, soit que la maladie restant en quelque sorte occulte, la désorganisation s'opère à l'intérieur, et que ses ravages semblent moins funestes, la fièvre hectique survient, la maigreur générale fait des progrès, les principaux viscères se phlogosent, et la mort termine cette série de phénomènes et de douleurs.

Telle est la marche ordinaire de l'ostéosarcome. Il est manifeste qu'à sa naissance il peut être facilement confondu avec l'exostose, la carie ou la nécrose profonde du tissu osseux. Rien ne révèle alors la nature du mal et sa tendance à la destruction des parties qu'il envahit. Il y a plus, chez beaucoup de sujets, ses progrès étant très-obscurs et très-lents, on peut aisément constater que l'ostéosarcome ne fait que succéder à l'exostose ou à la carie, et que, analogue en cela au cancer des autres organes, il ne constitue qu'un résultat de toutes les nuances de la phlogose. Que l'ostéomalaxie complique une semblable affection, rien n'est plus facile à expliquer, lorsqu'on se rappelle que l'inflammation a presque toujours pour conséquence le ramollissement du tissu osseux. Aussi les os devenus cancéreux sont-ils, dans le plus grand nombre des cas, très-friables, et il n'est pas rare de les voir se fracturer par le moindre effort à l'endroit affecté et au milieu de la tumeur elle-même.

Toutes les parties du squelette peuvent être atteintes de la maladie qui nous occupe. On n'a pas remarqué qu'elle se développât plus fréquemment ou plus promptement dans les os spongieux que dans les autres : les os minces et presque lamineux de la face et des fosses nasales en ont été aussi souvent le siége que les os courts, ou que les extrémités des os longs, ou enfin que les portions les plus compactes de ces derniers organes. Examinées après la mort, les parties atteintes d'ostéosarcome sont transformées en une substance fibreuse plus ou moins altérée. Presque toutes les traces de l'organisation osseuse ont disparu. On y trouve, à la place du tissu primitif, une substance homogène, grisâtre, solide, et fibro-cartilagineuse dans quelques points, ramollie, jaunâtre et pultacée dans d'autres. Le périoste, les tendons, et même les muscles, ainsi que les aponévroses, le tissu cellulaire et la peau, con-

fondus dans la tumeur, et transformés en une même substance, ne peuvent être distingués de ce qui, d'abord, appartenait à l'os lui-même. Souvent, au milieu de ce désordre, il existe de véritables foyers remplis de matière ichoreuse, ou de sang, ou d'une bouillie blanchâtre ou brunâtre, résidu des portions ramollies et désorganisées de la tumeur. Enfin, dans plusieurs endroits, on rencontre des masses tremblotantes, diaphanes, ayant l'aspect de la gelée de viande, et qui semblent constituer un mode particulier de terminaison des dégénérescences osseuses.

L'ostéosarcome, avant qu'il n'ait déterminé ou des altérations locales évidentes, ou des effets sympathiques susceptibles de le caractériser, a été méconnu, dans un assez grand nombre de circonstances, par des praticiens habiles. A la partie supérieure de la cuisse, on l'a vu soulever et aplatir l'artère fémorale de manière à présenter l'apparence d'un anévrisme de ce vaisseau. On l'a vu, au bras, simuler si bien une tumeur anévrismale, qu'un chirurgien distingué entreprit la ligature de l'artère, et fut obligé de terminer son opération par la désarticulation de l'humérus. Placé à l'intérieur des os qui forment le crâne ou la cavité pelvienne, l'ostéosarcome n'a fréquemment été reconnu qu'après la mort des sujets. Au visage, il a quelquefois soulevé le canal nasal, provoqué une tumeur lacrymale opiniâtre, et entraîné l'inutile exécution d'une opération destinée à rendre aux larmes la liberté de leur cours. Il est à remarquer que, dans tous les cas où l'on a porté l'instrument sur des tumeurs déterminées par l'ostéosarcome, la plaie a bientôt livré passage à des fongosités rougeâtres, solides, sanguinolentes, rebelles à tous les moyens répressifs, et dont les progrès ont constamment hâté la mort des sujets.

Plus que tous les autres cancers, celui des os est difficile à vaincre, même au moyen des médications les plus puissantes et les mieux appropriées. La situation profonde des parties qu'il affecte, l'obscurité des mouvemens vitaux dont elles sont le siége, leur peu de susceptibilité à l'action du plus grand nombre des agens thérapeutiques, telles sont quelques-unes des circonstances qui rendent raison de ce phénomène. Il n'est pas besoin, pour l'expliquer, de recourir à l'intervention d'un virus cancéreux, dont il serait actuellement absurde d'admettre encore l'existence. Le traitement de l'ostéosarcome doit donc être essentiellement préservatif. Les antiphlogistiques internes et externes, les saignées locales répétées, les applications narcotiques devront être opposés à toutes les irritations osseuses, et continués jusqu'à leur entière guérison, chez les sujets qui semblent disposés au cancer. Mais, si les moyens employés contre cette funeste terminaison de la phlogose de l'os ne réussissent pas, il faut promptement recourir à l'extirpation des

parties affectées. Cette opération réussit d'autant mieux que, pratiquée plus tôt, elle n'a pas permis à la maladie locale d'exercer une influence aussi profonde sur l'ensemble de l'organisme. Les amputations nécessitées par l'ostéosarcome ne doivent pas être exécutées trop près de la tumeur, à raison de l'impossibilité où l'on est d'assigner des limites exactes à la dégénérescence de l'os. Il est en général plus sûr de porter l'instrument sur la portion des membres située immédiatement au-dessus de celle qui est affectée, et l'on a vu l'oubli de ce précepte entraîner dans le moignon des récidives de cancer que l'on aurait évitées en opérant plus haut. C'est peut-être à l'impossibilité où l'on est d'extirper entièrement les os qui forment les mâchoires, que l'on doit les cas nombreux de repullulation de l'ostéosarcome, après les opérations pratiquées sur la face pour le détruire.

OSTÉOSTÉATOME, s. m., *osteosteatoma;* tumeur dans laquelle les os sont convertis en une masse analogue au suif ou à la graisse. Les productions de ce genre ont la même origine que l'OSTÉOSARCOME et le SPINA BIFIDA, c'est-à-dire, l'irritation du tissu osseux, et, le plus ordinairement, l'examen cadavérique permet seul de reconnaître leur présence. Comme toutes les autres dégénérescences des os, celle qui nous occupe peut être prévenue par un traitement convenable de la phlegmasie qui en est la cause. Une fois établie, et résistant à tous les moyens médicinaux, elle exige l'amputation de la partie affectée.

OTALGIE, s. f., *otalgia.* Toute douleur dans laquelle un nerf quelconque de l'oreille est intéressé, toute douleur que le malade rapporte à l'oreille, pourrait recevoir ce nom, quelles que fussent d'ailleurs et sa cause et sa nature. Itard s'en sert pour désigner les douleurs idiopathiques de l'oreille, c'est-à-dire, celles qui ne sont point la suite, le symptôme, le phénomène d'une autre affection de cet organe; il se demande quels en sont le siége et la nature; serait-ce une névralgie de la corde du tambour ou du nerf acoustique, ou seulement une légère irritation des membranes qui revêtent les cavités internes de l'oreille? Il n'y a jamais aucun signe de phlogose du conduit auditif externe; la douleur devient promptement très-vive; souvent elle disparaît à l'instant où elle était le plus intense; quand elle est excessive, elle se propage sur la tempe et à la joue, et les yeux sont rouges. Presque toujours un tintement d'oreilles l'accompagne, ainsi qu'une surdité passagère. L'otalgie accompagne diverses névralgies, différentes douleurs, ou bien leur succède, et parfois alterne avec elles. Elle succède particulièrement à l'odontalgie, à des douleurs rhumatismales; elle accompagne les névralgies, les fluxions de la face, et

l'inflammation des amygdales ; parfois elle dépend de l'affection non douloureuse d'une partie voisine, telle que la carie d'une dent ; nous l'avons vue cesser après la chute d'un polype peu volumineux situé dans le conduit auditif externe et traité avec succès par Itard. L'otalgie est souvent déterminée par la présence d'un corps étranger introduit dans ce conduit sans que personne s'en doute ; toute congestion de mucus épaissi, ou de pus concret peut la déterminer ; elle a lieu dans l'inflammation des diverses parties de l'oreille, mais alors elle est secondaire, et ne réclame qu'indirectement l'attention du médecin.

Éponger le crâne avec de l'eau chaude, puis frictionner les cheveux avec des flanelles chaudes, jusqu'à ce que la tête soit parfaitement sèche, la couvrir ensuite d'une flanelle sèche et chaude, ou d'une coiffe de taffetas gommé, tel est le moyen le plus efficace, selon Itard, dans l'otalgie proprement dite. Lorsque le malade a des cheveux longs, il est impraticable ; on fait appliquer sur la région temporale et la joue un cataplasme, entre deux linges, de verveine écrasée, cuite dans du lait, avec addition de farine de graine de lin. Une fumigation de trois gros d'éther sulfurique alcoolisé, mêlé à une demi-once d'eau, dans une fiole dont le goulot est dirigé vers le conduit auditif, et qui plonge elle-même dans un vase rempli d'eau chaude, constitue, suivant ce praticien, un moyen qui ajoute beaucoup à l'efficacité des deux précédens. L'application à la tempe d'un peu de savon noir, d'une mouche à vésicatoire, lui paraît devoir être efficace. La cautérisation recommandée par les Arabes ne lui semble pas nécessaire. L'opium introduit dans le conduit auditif peut, d'après sa propre expérience, celle de Zacutus, et même celle de Galien, déterminer l'assoupissement, des vertiges, des convulsions, la manie et la mort. Il propose d'employer l'opium sous forme d'emplâtre sur la tempe ou sur l'apophyse mastoïde. La seule injection dont il permette l'usage est le lait tiède ou la décoction de graine de lin, à laquelle on peut joindre quelques gouttes de baume tranquille. Les moyens généraux contre la douleur sont indiqués quand l'otalgie persiste, à l'exception des bains qui ne lui ont paru jamais produire aucun avantage. Cet auteur ne pense pas que l'otalgie proprement dite puisse entraîner à sa suite du délire ni des convulsions, quand elle n'est pas compliquée. On conçoit combien il est difficile, dans beaucoup de cas, de distinguer l'otalgie de l'OTITE interne. *Voyez* ce mot.

OTITE, s. f., *otitis*, *auris inflammatio*. Toute inflammation d'une partie quelconque de l'oreille est une otite, et pourtant on a réservé ce mot pour désigner l'inflammation du con-

duit auditif externe, de la membrane du tympan, du tympan lui-même, et de l'oreille interne proprement dite. Suivons encore une fois l'usage, quelque défectueux qu'il puisse être, et divisons l'otite en *externe* et en *interne*.

L'exposition de l'oreille à un courant d'air froid ou même seulement frais, le lavage inaccoutumé du crâne à l'eau froide, ou dans un moment où le derme chevelu est en transpiration; le refroidissement subit de la peau, quelle qu'en soit la cause; la présence d'un corps étranger volumineux ou inégal, d'une concrétion cérumineuse, gypseuse, dans le conduit auditif; l'action d'un liquide irritant introduit dans ce conduit; celle d'un courant électrique; l'éréthisme de la partie nerveuse de l'organe auditif par l'action d'un bruit aigu continu; l'irritation d'une des parties qui avoisinent l'oreille, telle que l'amygdale, les nerfs dentaires, la parotide, la joue; la cessation subite d'une phlegmasie, surtout d'une phlegmasie de la peau, de l'œil, du coryza, d'un écoulement, d'une hémorragie quelconque; enfin la constitution lymphatique, les scrofules, les maux vénérieus, la gale, la variole, les dartres, la teigne, surtout quand ils viennent à se supprimer: telles sont les conditions les plus favorables, directement ou indirectement, à la production de l'otite, et qui, selon leur manière d'agir, déterminent l'inflammation du conduit auditif seulement, de la membrane du tympan, de celle de la caisse, ou de l'oreille interne proprement dite. Souvent bornée à l'une de ces parties, lors de son début, l'inflammation s'étend le plus souvent à une ou plusieurs autres d'entre elles et même à toutes; lorsqu'elle marche de dehors en dedans, elle est presque toujours rapide dans sa propagation. C'est le contraire quand elle s'étend du dedans au dehors. Lorsque l'otite dure long-temps, ce ne sont plus seulement les membranes de l'oreille externe ou de l'oreille interne qui sont enflammées, mais les parois osseuses des cavités qu'elles revêtent. Il arrive souvent que ce désordre profond ne s'étend pas au-delà ou en deçà de la membrane du tympan.

L'inflammation du conduit auditif externe s'annonce par un sentiment de gêne, de plénitude, de démangeaison dans ce canal, auquel succède promptement une douleur d'abord supportable, puis de plus en plus aiguë, accompagnée de sifflemens, de bourdonnemens et d'une surdité plus ou moins prononcée; la membrane qui revêt le conduit est rouge, tuméfiée, le conduit est par conséquent rétréci. La douleur est-elle arrivée au plus haut degré d'intensité, il n'est plus possible de tirer le pavillon de l'oreille en arrière et en haut, ni par conséquent de bien s'assurer de l'état de cette membrane, dont la phlegmasie fait d'ailleurs éprouver un sentiment de chaleur,

qui, joint à la douleur, ne laisse aucun doute sur la nature de la maladie. Le doigt, ou tout autre corps étranger porté dans le conduit auditif, produit une sensation douloureuse, intolérable, qui peut aller jusqu'à déterminer la syncope, ou même des convulsions passagères. A mesure que l'inflammation fait des progrès, la membrane du conduit se boursouffle, rougit davantage, et, de plus en plus, devient analogue à une membrane muqueuse.

Lorsque l'inflammation est peu intense, elle se résout; à peine observe-t-on une légère humidité inaccoutumée; la sécrétion du cérumen se rétablit, celui qui s'était concrété pendant le travail inflammatoire, se détache par pellicules.

Si l'inflammation est intense, souvent au bout de quelques heures, ordinairement le lendemain, parfois trois ou quatre jours après l'invasion de la douleur, il s'établit un écoulement de matière jaunâtre, de la consistance du pus, très-abondante et fétide, quelquefois d'abord séreuse, puis sanguinolente quand la douleur a été violente. Au bout de quinze jours ou trois semaines, cette matière est plus épaisse; elle a l'aspect et l'odeur du fromage; bientôt elle est remplacée par un cérumen abondant, et tout rentre dans l'ordre accoutumé.

Une inflammation violente ou pustuleuse de la membrane du conduit auditif externe, une inflammation qui se propage au tissu cellulaire peu abondant qui unit cette membrane au cartilage dont ce conduit est formé, a pour résultat fort rare d'ailleurs la formation d'un véritable pus; alors il y a réellement abcès de l'oreille. Dans ce cas, le tissu cellulaire qui enveloppe le cartilage du conduit auditif externe participe à l'inflammation, et le pus se fait jour quelquefois derrière la conque. D'autres fois un ulcère fistuleux s'établit dans le cartilage du conduit, et fait communiquer l'extérieur de ce canal avec son intérieur. Telle était, au moins en apparence, l'état d'un homme observé par Itard; mais il y avait carie des parties osseuses voisines.

Il est bien plus commun de voir l'inflammation se communiquer à la membrane qui recouvre celle du tympan, et à celle qui revêt cette cavité. L'otite est alors dite interne; peut-être ne devrait-on lui donner que l'épithète de moyenne, et réserver celle d'interne lorsque la phlegmasie envahit le labyrinthe et les cellules mastoïdiennes, ou le labyrinthe et ces cellules en même temps, cas peu commun, au moins pour le labyrinthe, mais plus fréquent pour les cellules.

L'inflammation de la membrane qui revêt la caisse du tympan s'annonce, quand elle est primitive, par une douleur

tensive, que le bruit et la mastication augmentent; par des bourdonnemens, des sifflemens douloureux, l'hémicranie, une céphalalgie violente, la perte du repos et du sommeil; le pouls est dur, vite et fréquent; les yeux sont rouges, sensibles à la lumière; le malade éprouve parfois une démangeaison incommode vers l'orifice buccal de la trompe d'Eustache; les amygdales sont tuméfiées; des crachats épais, consistans, parfois sanguinolens, sont détachés avec peine de l'arrière-bouche; la membrane pituitaire est sèche, et la surdité complète. La vivacité de la douleur peut faire présumer le siége du mal; mais ce qui le révèle, c'est la durée de cette douleur, qui se prolonge plus d'une semaine sans changement; c'est surtout l'absence de la rougeur et de l'épaississement de la membrane du conduit auditif. Mais quand le conduit s'enflamme en même temps que la caisse, quand l'inflammation a commencé par ce conduit, on ne peut juger de la réalité de la phlegmasie interne qu'en raison de la violence, de la profondeur et de la durée de la douleur.

Après une semaine, très-rarement plus tôt, souvent plus tard, tout à coup la membrane du tympan se rompt, une matière muqueuse épaisse, sanguinolente, coule abondamment de l'oreille; rarement alors l'air inspiré se fait jour par l'oreille, et les liquides injectés dans l'organe pénètrent dans l'arrière-bouche, parce que la trompe est obstruée par la tuméfaction de la membrane. Quelquefois la matière, au lieu de se faire jour à travers la membrane du tympan, prend son issue par la trompe d'Eustache; si le liquide sort peu à peu, il y a crachotement continuel, difficile chaque matin, d'une matière muqueuse, tenace, d'un goût désagréable, et à l'aide d'une sorte de reniflement; alors la phlegmasie est très-peu douloureuse, le produit de la sécrétion morbide coule à mesure qu'il est formé. Si l'irruption se fait subitement par la trompe d'Eustache, ce produit a été retenu plus ou moins long-temps; un chatouillement pénible ressenti au fond de la gorge provoque la toux et l'excrétion d'une matière telle que nous venons de la décrire. L'évacuation de cette matière a lieu, selon Itard, sur onze sujets, dix fois par la rupture de la membrane du tympan, et une fois seulement par la trompe d'Eustache, ce qu'il attribue avec raison à ce que cette trompe est ordinairement obstruée par l'épaississement de la membrane enflammée.

Lorsque l'otite interne se prolonge et devient chronique, la membrane enflammée s'ulcère, la matière de l'écoulement devient purulente et persiste; les parties voisines s'enflamment, les parois osseuses se carient, les cellules mastoïdiennes se remplissent de pus, le labyrinthe lui-même participe à cet état,

les osselets se détachent, tombent ou se détruisent par la carie, le sens de l'ouïe se perd pour toujours.

Le mal devient encore plus grave dans des cas malheureusement trop communs; la carie se transmet au rocher, le perfore, détermine l'inflammation de la dure-mère, de l'arachnoïde ou du cerveau lui-même, un épanchement séreux, purulent à la base du crâne, un ramollissement du cerveau.

Dans d'autres cas, au contraire, selon Itard, une inflammation de la substance cérébrale, de l'arachnoïde ou de la dure-mère, détermine la carie du rocher, l'introduction de la sérosité ou du pus dans le labyrinthe; de là dans la caisse, la rupture de la membrane du tympan, un écoulement par l'oreille qu'il faut bien se garder de prendre pour le résultat d'une otite interne, primitive ou secondaire, ou seulement d'une otite externe. On pressent que, dans ce cas, des phénomènes cérébraux, tels que la céphalalgie, le délire, le vertige, les convulsions, ont précédé, séparés ou réunis, la manifestation de la douleur profonde dans l'oreille, la surdité, les bourdonnemens et l'écoulement; on pressent aussi que, dans le cas contraire, c'est-à-dire, quand l'inflammation a marché de l'oreille à l'encéphale, la douleur dans l'oreille, les bourdonnemens, la surdité, l'écoulement précèdent les symptômes d'affection cérébrale. Lallemand ne partage pas totalement cette opinion, c'est-à-dire, que, dans tous les faits rapportés, il ne voit que des otites qui ont déterminé l'arachnoïdite, l'encéphalite et jamais le contraire. Il pense que les nerfs de l'oreille sont la voie par laquelle s'opère la transmission de la phlegmasie, quand le rocher n'est pas carié. Cependant il ne détruit pas la possibilité du fait qu'il ne regarde pas comme démontré. Une considération qui milite en sa faveur, c'est qu'il n'y aurait pas d'autre exemple de perforation des os du crâne par le pus provenant de l'inflammation des parties contenantes ou contenues de cette boîte. Du reste, Lallemand a observé un cas d'otite chronique avec écoulement par la trompe d'Eustache, qui lui paraît n'avoir pas été signalé par Itard, auteur de la seule bonne monographie des maladies de l'oreille que nous possédions.

Lorsque l'otite est passée à l'état chronique, la couleur rouge du conduit n'a plus lieu; quelquefois la douleur diminue, cesse même complétement, l'ouïe reste dur ou nul, se rétablit incomplétement, se perd progressivement; l'otite ne s'offre plus que sous la forme d'un écoulement auquel on donne le nom d'*otorrhée*. On l'observe principalement chez les sujets lymphatiques, à la suite de l'otite métastatique. L'écoulement s'arrête quelquefois tout à coup, parce que la matière qui le forme s'arrête dans le conduit auditif, s'y concrète et l'ob-

struc; alors, si l'otite n'était jusque là qu'externe, elle peut devenir interne par l'irritation, l'inflammation et la rupture de la membrane du tympan, effets de la présence de ce corps devenu étranger. Si déjà la membrane est percée, le produit de la sécrétion morbide s'accumule dans la caisse, dans les cellules mastoïdiennes, et même dans le labyrinthe; de vives douleurs se font sentir, les cavités jusque là intactes s'enflamment, le rocher finit par se carier. Quand l'écoulement s'arrête, parce que la sécrétion de la matière n'a plus lieu, les yeux, les méninges, le cerveau, la peau, les ganglions lymphatiques cervicaux, le testicule même s'enflamment et les accidens sont plus ou moins redoutables selon que l'un ou l'autre de ces organes s'affecte. Parfois on voit l'écoulement d'oreille cesser, des douleurs de tête, des vertiges, de l'engourdissement survenir, la surdité se manifester ou augmenter; l'écoulement renaît, et tous ces symptômes disparaissent.

Il est des écoulemens de matière purulente par l'oreille qui ne provient point de l'otite chronique. Un abcès dans le voisinage de l'oreille externe, dit Itard, des glandes en suppuration, une carie à la face externe de la partie écailleuse du temporal, une parotide en suppuration, peuvent donner lieu à la perforation du conduit auditif et à un écoulement de pus par ce conduit. Un écoulement qui résulte d'une otite n'en dépend pas uniquement, quand il y a en même temps suppuration primitive ou secondaire des méninges et du cerveau. Il importe de se rappeler l'histoire entière de l'otite simple et compliquée, quand on est consulté pour un écoulement d'oreille, et de ne pas toujours croire que l'organe est seul affecté; on serait exposé autrement à commettre de graves erreurs de diagnostic et de pronostic surtout.

L'otite aiguë est rarement dangereuse; on ne doit redouter que son passage à l'état chronique; rarement, quand elle est aiguë, la phlegmasie s'étend au cerveau, lorsqu'on la traite convenablement. Est-elle chronique, plus elle est ancienne, plus on doit craindre qu'elle ne s'étende profondément, plus elle est difficile à guérir, souvent impossible, et plus on a lieu de craindre qu'une arachnoïdite, une encéphalite mortelle ne se développe lentement ou tout à coup.

Toutes les fois qu'on est consulté pour une douleur d'oreille, le premier soin est d'explorer attentivement le conduit auditif externe, afin de reconnaître s'il contient un corps étranger, et s'il est enflammé: s'il existe un corps étranger, de quelque nature qu'il soit, l'extraction doit en être faite comme il a été indiqué à l'article OREILLE. Il suffit alors d'un cataplasme émollient appliqué sur l'oreille, ou d'une injection mucilagi-

neuse, pour achever de faire cesser l'inflammation, à moins que déjà celle-ci ne fût portée au plus haut degré.

L'otite est-elle intense; quel que soit son siége, il convient de pratiquer une saignée du pied ou du bras, de prescrire des pédiluves irritans, répétés, puis d'appliquer des sangsues devant et derrière le pavillon de l'oreille; si le conduit auditif externe est enflammé, on pratiquera des injections émollientes, en poussant le liquide très-doucement, afin de ne point irriter par un choc trop rude: si l'injection augmente la douleur par son action mécanique, il faut y renoncer, et se borner à instiller quelques gouttes d'eau tiède chargée de mucilage dans le couduit, ou mieux y diriger de la vapeur aqueuse à l'aide d'un petit tube recourbé, avec toutes les précautions nécessaires pour que le calorique ne soit pas en assez grande quantité; et, afin que le tissu enflammé ne soit pas affecté désagréablement, un large cataplasme est appliqué sur l'oreille et autour de cet organe.

Si l'otite est interne, si la douleur persévère malgré une première saignée et l'application des sangsues, une seconde saignée doit être pratiquée; et, si la douleur dure au-delà de deux fois vingt-quatre heures, il faut pratiquer la perforation de la membrane du tympan, afin de prévenir un trop long séjour du pus dans la caisse, la disjonction, la destruction des osselets, l'engorgement de la caisse et même du labyrinthe ou des cellules mastoïdiennes; qui peuvent et qui en sont trop souvent la suite. C'est ici un des cas où il ne faut pas attendre les efforts de la nature, car souvent elle n'arrive à rompre la membrane qu'après un désordre irrémédiable dans la cavité dont les parois sont enflammées.

Dès que la membrane du tympan est ouverte et le liquide écoulé en totalité ou en partie, le malade recouvre le repos, et la douleur s'apaise, comme après l'incision du panaris; des injections émollientes doivent être faites dans la caisse, et la guérison ne tarde pas quand on a été appelé à temps, quand la maladie aiguë n'est point l'effet d'une carie de l'oreille interne, ou d'une inflammation chronique passée à un état d'exacerbation qui a déterminé une abondante sécrétion.

Si l'écoulement muqueux ou mucoso-purulent continue, il faut chercher à reconnaître la profondeur du désordre qui l'entretient, recherche difficile, souvent infructueuse, et dans laquelle on n'a souvent d'autres documens certains que l'ouverture de la membrane démontrée par le passage de l'air ou de la fumée de tabac, et la durée indéterminée de l'écoulement lui-même.

Toutes les fois qu'on est consulté pour un écoulement

d'oreille, il faut demander, 1°. si parfois il s'est arrêté, et si dans ce cas la surdité a augmenté, a reparu ou s'est manifestée, si des vertiges, des céphalalgies, de la stupeur, des convulsions, de la raideur dans les membres se sont fait sentir; 2°. si la diminution, la cessation de l'écoulement a lieu sans aucun de ces accidens; 3°. enfin si l'écoulement a toujours eu lieu sans interruption marquée.

Dans le premier cas, il faut bien se garder de rien entreprendre qui puisse faire cesser l'écoulement; l'expérience a démontré que ce serait exposer le sujet à une mort souvent très-prochaine; des vapeurs de décoction aqueuse de tête de pavot peuvent seules être dirigées vers le conduit auditif; et, à l'aide de lotions avec l'eau de guimauve, ou nettoyera ce conduit, pour qu'il ne s'oblitère point; à l'instar des vieux ulcères de la jambe, on doit respecter les écoulemens de l'oreille dont la cessation paraît devoir être dangereuse. Dans la classe des écoulemens d'oreilles qu'on doit tolérer, se trouvent nécessairement tous ceux qui sont accompagnés de symptômes d'affection du cerveau ou de ses membranes.

Dans le second cas, on peut tenter la guérison, sans trop redouter les accidens dont nous venons de parler : nous disons sans trop redouter, parce qu'en effet on n'est pas absolument certain qu'ils ne se manifesteront pas; on a seulement des probabilités en faveur d'une guérison, toujours difficile, mais sans danger. Pour cela, des sangsues seront appliquées à la tempe; puis on pratiquera dans le conduit auditif d'abord des injections émollientes, afin de le nettoyer complétement, ensuite des injections avec de l'eau de savon, l'eau de Barège artificielle, une solution de deux gros de potasse caustique dans une pinte d'eau; en même temps on pratiquera des pédiluves chauds et irritans, des lavemens purgatifs et des boissons délayantes; on fait raser la tête, on l'enveloppe de taffetas gommé, on pratique un séton à la nuque, entretenu pendant plusieurs mois.

Dans le troisième cas, dans le doute où l'on est de savoir quelles seraient les suites de la cessation de l'écoulement, on peut d'abord employer les antiphlogistiques locaux, les lavemens purgatifs et les pédiluves irritans avec persévérance, sans pratiquer aucune injection dessiccative, et n'en venir à ce moyen que lorsque l'écoulement est déjà en grande partie tari sans qu'aucun accident se soit manifesté.

Lorsqu'après avoir obtenu, en totalité ou en partie, la cessation d'un écoulement d'oreille, il survient des accidens tendant à faire craindre que le cerveau, ses membranes ou tout autre organe important ne s'affectent, il faut employer les moyens propres à le rappeler, tout en administrant ceux à l'aide

desquels on peut efficacement combattre l'affection secondaire qui se manifeste. Des injections irritantes poussées dans le conduit auditif seulement, l'application aux parois de ce conduit d'un petit morceau de potasse, l'application d'un vésicatoire derrière le pavillon sont alors indiquées. Itard emploie en pareil cas avec avantage un pain chaud dépouillé de sa croûte, mis à nu sur l'oreille, la tempe et le derrière du pavillon. Cette application est renouvelée de trois heures en trois heures, et à chaque fois il injecte dans le conduit auditif une solution de trois grains de muriate suroxigéné de mercure dans huit onces d'eau.

On a cherché à guérir l'otite chronique, lors même qu'elle avait causé la carie des parois osseuses des cavités auditives.

Cette carie a lieu le plus ordinairement, quand l'écoulement n'est pas très-ancien dans les cellules mastoïdiennes. Quel que soit son siége, on peut décider hardiment qu'elle a lieu quand la matière de l'écoulement est évidemment purulente; elle est d'ailleurs souvent sanguinolente, donne une teinte brunâtre aux instrumens en argent, et l'issue de particules osseuses ne laisse aucun doute sur son existence. Si on lave le conduit auditif, souvent on reconnaît qu'il est dénudé de ses parties molles et granuleux.

Lorsque le rocher se carie, les accidens qui l'annoncent sont des céphalées atroces, peu d'appétit, point de sommeil, abattement, le marasme, puis des symptômes d'inflammation aiguë du cerveau ou de l'arachnoïde, ou bien une fièvre hectique ou la mort subite.

L'otite avec carie étant susceptible de produire de pareilles suites, on est étonné que de hardis praticiens aient osé en tenter la guérison par des moyens réputés propres à procurer la cicatrisation des parties dures cariées et des parties molles ulcérées. Parmi ces moyens, les internes ne sont nullement efficaces, nous osons l'affirmer; les externes se composent principalement d'injections alcalines faites avec une once de potasse caustique dissoute dans une livre d'eau. Itard recommande de n'avoir recours à ces injections dessiccatives qu'après avoir calmé par des injections anodines et narcotiques l'excessive sensibilité de l'organe malade, et particulièrement du conduit auditif. Pour obtenir, dit-il, des injections alcalines l'effet qu'on en attend, il faut qu'elles soient renouvelées neuf ou dix fois par jour, et que le liquide soit maintenu dans l'oreille, en donnant à la tête une situation convenable; en même temps on insistera sur les drastiques renouvelés aussi souvent que le permettent la constitution et les forces du malade; il conseille en outre l'application d'un séton à la nuque.

Si l'on trouve ce mode de traitement bien hardi, n'oublions pas que celui qui l'a indiqué a en même temps appris à reconnaître les otites chroniques avec écoulement qu'il faut respecter, c'est-à-dire, et cette répétition n'est pas inutile, ceux dont la suspension a été suivie d'accidens, ceux qui sont accompagnés passagèrement ou momentanément des symptômes annonçant que l'encéphale participe à la maladie.

La diminution de l'écoulement coïncidant avec la diminution des douleurs d'oreille et de la céphalalgie sans apparition de phénomènes convulsifs, annonce une guérison sans suites fâcheuses, que l'on rend plus solide en faisant appliquer un vésicatoire, ou pratiquer un cautère au bras, et en prescrivant quelques purgatifs.

OUIE, s. m., *auditus;* l'un des cinq sens de l'homme, celui qui lui permet de percevoir les sons, c'est-à-dire, les impressions que produit sur un appareil particulier d'organes le mouvement vibratoire imprimé aux molécules d'un corps, spécialement de l'air, par la percussion ou par toute autre cause d'ébranlement. L'exercice de ce sens, l'activité de son appareil organique, constitue la fonction désignée sous le nom d'*audition*, qui peut être purement active ou passive, ou en d'autres termes s'exercer avec ou sans le concours de la volonté : dans le premier cas on *écoute*, dans le second on *entend*. Buisson appelait l'audition active, celle dans laquelle nous sommes attentifs, et *prêtons l'oreille* avant qu'aucun son se soit fait entendre, *auscultation*, pour la distinguer de celle qui a lieu sans notre participation.

La théorie de l'audition est un des problèmes les plus compliqués de la physique animale, et l'on est loin encore d'avoir triomphé de toutes les difficultés qu'elle présente. Pour la bien concevoir, il faut avoir une idée exacte de la disposition anatomique de l'oreille, et des lois de la production et de la propagation du son. Nous devons supposer ici le lecteur instruit de tout ce qui concerne ces deux élémens du problème, dont l'exposition détaillée fait l'objet spécial des articles OREILLE et SON. Rappelons seulement qu'envisagé d'une manière générale, l'organe auditif se compose d'un sac membraneux entouré de parties dures, rempli de sérosité, et tapissé par des expansions nerveuses qui communiquent avec le cerveau. Ces parties seules sont essentielles; toutes les autres sont accessoires, et ne contribuent qu'au perfectionnement de la fonction. Examinons maintenant le mécanisme de l'audition chez l'homme.

L'air agité de vibrations, et rendu ainsi sonore, frappe le pavillon de l'oreille; dont la conque au moins est disposée de

manière à le transmettre dans le conduit auditif, au fond duquel il vient frapper la membrane du tympan. Les vibrations que cette membrane éprouve se transmettent à l'air contenu dans la caisse, et aux membranes des deux fenêtres, qui, vibrant à l'unisson, communiquent le mouvement ondulatoire au liquide contenu dans les cavités du labyrinthe, et par suite aux expansions nerveuses qu'il baigne. Celles-ci font part ensuite au cerveau de l'impression qu'elles ont reçue.

Indépendamment des vibrations communiquées par l'air extérieur à l'air intérieur, au moyen de la membrane du tympan, et par cet air intérieur un fluide labyrinthique à l'aide des membranes des deux fenêtres, les parois du crâne en transmettent directement d'autres encore, mais plus obscures, au labyrinthe membraneux et à la sérosité qu'il renferme, par leur continuité avec le labyrinthe osseux.

A ces faibles données se réduit tout ce qu'on sait de positif sur le mécanisme de l'audition. On ignore quel est l'usage des osselets de l'ouïe, de la corde du tympan, des cellules mastoïdiennes et des diverses parties du labyrinthe. Il est seulement permis de conjecturer qu'elles servent à perfectionner le sens de l'ouïe, et à procurer la faculté de percevoir les diverses modifications du son. Mais aucune des innombrables hypothèses qu'on a imaginées pour expliquer ce phénomène, ne reposant sur des faits positifs et des observations incontestables, nous les passons sous silence, persuadés que le moyen le plus efficace aujourd'hui de contribuer aux progrès de la physiologie consiste à bien distinguer ses acquisitions positives, des fausses richesses dont on l'a surchargée en s'abandonnant sans frein aux écarts de l'imagination, dans une science qui doit s'arrêter tout court dès que l'expérience et l'observation cessent de guider ses pas.

Nous croyons cependant utile d'insister sur quelques points à l'égard desquels on a procédé d'une manière un peu moins arbitraire.

1°. L'un de ceux qui paraissent le mieux éclaircis aujourd'hui, est l'usage de la trompe d'Eustache. Autrefois, et naguère encore, on la croyait destinée à conduire dans la cavité du tympan les sons qui pénètrent par la bouche, et Bressa avait même été jusqu'à dire qu'on peut entendre sa propre voix par ce conduit. Aujourd'hui on s'accorde à penser qu'elle sert à renouveler l'air de la caisse et des cellules mastoïdiennes, mais surtout à lui donner issue dans les cas où des sons violens viennent frapper le tympan. Ce qui prouve, au reste, combien elle est nécessaire, c'est qu'elle existe chez tous les mammifères et tous les oiseaux, et que son oblitération entraîne la surdité. Au reste, la raréfaction de l'air qu'elle con-

tient est très-propre à diminuer l'intensité des vibrations que ce fluide transmet à la sérosité labyrinthique.

2°. On a cru pendant long-temps que les osselets de l'ouïe servaient à tendre ou relâcher la membrane du tympan, afin qu'elle pût s'accommoder aux sons graves ou aigus. Savart pense que chaque son fait vibrer cette membrane d'une manière particulière, sans que les osselets, par leur action sur elle, modifient l'impression produites par son ton, et qu'ils ont seulement des usages relatifs à l'intensité des sons, c'est-à-dire, qu'ils la tendent davantage lorsque ces derniers sont tellement forts que le nerf auditif pourrait en être blessé. C'est principalement sous ce rapport qu'il serait utile d'invoquer le secours de l'anatomie comparée.

3°. Les aqueducs du limaçon et du vestibule remplissent peut-être le même office que la trompe d'Eustache, c'est-à-dire qu'une portion de la sérosité labyrinthique reflue dans leur intérieur lorsqu'elle éprouve des vibrations dont l'intensité pourrait devenir funeste au nerf acoustique.

4°. On ne saurait douter qu'une fonction ne soit d'autant plus parfaite, du moins relativement, que son appareil organique est lui-même plus compliqué. Or, si l'on considère les plexus nerveux qui tapissent les vésicules des canaux demi-circulaires, les sacs du vestibule, et la lame spirale du limaçon, on conviendra qu'il n'y en a pas un seul, dans tout le système nerveux, qu'on puisse leur comparer sous le rapport de l'étendue et de la complication.

L'ouïe nous procure la sensation des sons et des modifications qu'ils sont susceptibles d'éprouver dans leur intensité, leur ton et leur timbre, et c'est là-dessus que repose la théorie de la musique. Elle nous informe assez exactement aussi de la direction du son, mais elle ne nous apprend rien, au moins d'une manière directe, sur sa distance, que nous apprécions toujours d'après son intensité, de sorte que, pour porter un jugement juste à cet égard, il faut que sa nature nous soit familière. Au reste, ce sens est peut-être celui qui a le plus besoin d'éducation sous tous les rapports, car les bruits, même les plus forts, n'affectent pas sensiblement l'enfant qui vient de naître, et un long temps s'écoule avant qu'il soit en état d'apprécier sainement l'intensité ou la direction du son, mais surtout avant qu'il attache un sens aux différens sons articulés. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que les sons les plus aigus et les plus intenses sont ceux qu'il préfère pendant long-temps, de même qu'il affectionne d'abord une lumière très-vive.

Par les progrès de l'âge l'ouïe s'affaiblit, ce qui peut dépendre de la diminution du fluide labyrinthique, ou de la dimi-

nution progressive de la sensibilité du nerf auditif, ou de ces deux causes à la fois, si même il n'y en a pas d'autres encore, inconnues jusqu'à ce jour, qui entrent également en jeu. Il y a très-peu de vieillards qui ne soient plus ou moins sourds, ou affectés de bourdonnemens, de tintemens d'oreille.

L'absence congéniale du sens de l'ouïe entraîne toujours la mutité. *Voyez* SOURD-MUET.

Les anomalies de ce sens sont encore peu connues. On n'a guère étudié jusqu'à ce jour que sa diminution ou sa suppression absolue, qui constitue la SURDITÉ et ses divers degrés. Les BOURDONNEMENS, les *tintemens d'oreille*, tiennent à une altération inconnue du nerf auditif. Il est à remarquer que, tandis qu'on possède tant d'exemples de diplopie, on connaît peu de sujets qui perçoivent les sons doubles, et que nous pouvons produire à volonté le premier de ces deux phénomènes, tandis que la production du second est tout à fait hors des limites de nos facultés.

OURAQUE, s. m., *urachus*. On appelle ainsi un cordon allongé, qui s'amincit peu à peu de bas en haut, et s'étend depuis la partie supérieure de la vessie, avec la tunique musculeuse de laquelle ses fibres se confondent, jusqu'à l'ombilic, à la hauteur duquel il ne s'élève pas toujours. On le découvre entre le péritoine et la ligne blanche, dans l'intervalle que laissent entre elles les deux artères ombilicales, dont il est rapproché en haut, éloigné en bas, et avec lesquelles il fait faire au péritoine trois replis saillans dans la cavité abdominale, qu'on appelle *petite faux du péritoine* ou *ligament supérieur de la vessie*.

Ce cordon, épais auprès de la vessie, diminue à mesure qu'il monte, et finit même quelquefois par devenir si mince, qu'il semble se perdre dans le tissu cellulaire, et que souvent on n'en trouve aucun vestige, au voisinage du nombril, dans les cadavres des sujets avancés en âge. Les descriptions qu'on a données de sa structure ne s'accordent point ensemble, car les uns le disent plein et solide, tandis que d'autres assurent qu'il est creux. La première opinion est celle de Walter, la seconde appartient à Senac et à Portal. Ces dissidences sont faciles à concilier. En effet l'ouraque est généralement blanchâtre et d'une densité comme fibreuse chez l'adulte; mais, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, il forme un canal qui établit une communication entre la vessie et l'allantoïde. Ce canal s'oblitère presque toujours de très-bonne heure, mais il lui arrive quelquefois de rester creux, et de former alors un véritable canal au moyen duquel l'urine sort par l'ombilic. Cabrol a vu un exemple de cette anomalie, qui s'est présentée depuis à d'autres observateurs. Quoi qu'il en soit, on ignore

entièrement quels usages l'ouraque remplit dans l'embryon ; chez l'adulte il fait office d'un ligament qui contribue à maintenir la vessie dans une situation fixe.

OVAIRE, s. m., *ovarium* ; nom donné à deux glandes qui font partie de l'appareil génital interne, chez la femme.

Les ovaires sont oblongs, légèrement aplatis, blanchâtres, ou plutôt de couleur rouge pâle, d'une densité assez grande, et du volume d'un petit œuf de pigeon. On les trouve, chez l'adulte, sur les parties latérales et supérieures du bassin, à côté du fond de la matrice, entre la trompe de Fallope et le ligament rond. Placés de champ dans la duplicature de l'aileron postérieur des ligamens larges, ils font saillie à travers l'épaisseur de ces replis péritonéaux, et flottent avec eux dans l'abdomen. Leur longueur est environ d'un pouce et demi, leur hauteur de quatre à cinq lignes, et leur épaisseur un peu moins considérable. Leurs faces sont bombées, le plus souvent chargées de bosselures arrondies, que séparent des sinuosités peu profondes, quelquefois cependant très-lisses. Elles sont libres toutes deux, et dirigées l'une en avant, l'autre en arrière. Leur bord supérieur est convexe, l'inférieur droit ou un peu concave, et garni d'une véritable scissure, par laquelle l'organe tient à la partie supérieure du ligament large. Leurs extrémités externe et interne, mais surtout cette dernière, vont en s'amincissant.

Au-dessous de l'enveloppe péritonéale, on trouve une membrane très-solide, blanche et fibreuse, qu'il est impossible d'en séparer. Cette dernière est percée, le long du bord inférieur, par les vaisseaux qui pénètrent dans l'organe.

Lorsqu'on ouvre les ovaires, on reconnaît qu'ils sont formés d'un tissu rougeâtre ou jaunâtre, très-riche en vaisseaux, et assez solide, dans lequel se trouvent de petites vésicules. Ces vésicules, qu'on appelle *œufs de Graaf*, consistent en une membrane séreuse, mince et délicate, qui contient un fluide limpide, et qui, fermée de toutes parts, adhère intimement à la substance environnante. Elles n'ont pas toutes la même grosseur, et l'on serait tenté de croire que leur développement a lieu d'une manière successive. Les plus volumineuses ont à peu près trois lignes de diamètre. Elles abondent surtout vers la circonférence de la glande, et leur nombre varie de huit à vingt chez les vierges.

Les TROMPES *de Fallope* sont les conduits excréteurs des ovaires.

La forme et la texture des ovaires ne sont pas les mêmes aux diverses époques de la vie. Pendant la vie intra-utérine, ils forment d'abord la plus grande partie de la masse des organes génitaux, quoiqu'ils aient cependant un volume pro-

portionnel bien inférieur à celui des testicules, dès que la différence des sexes commence à se prononcer dans l'embryon. Chez le fœtus à terme, ils sont situés presque horizontalement, bien au-dessus du petit bassin; mais leur situation horizontale fait que leur extrémité supérieure ne s'élève pas aussi haut que les testicules dans les individus du sexe masculin, de manière qu'ils sont loin de toucher aux reins. Leurs extrémités inférieures sont tellement rapprochées l'une de l'autre, qu'on n'aperçoit entre elles que le rectum. Ils ont une forme très-allongée, étroite et prismatique. C'est seulement vers l'époque de la puberté qu'ils s'arrondissent et acquièrent une épaisseur proportionnée à leur longueur. La membrane externe est très-mince, non-seulement chez le fœtus à terme, mais même encore pendant les premières années de la vie. Jusqu'à l'âge de six mois, on n'aperçoit aucune trace des vésicules de Graaf; mais à cette époque elles se développent, et sont même proportionnellement très-considérables. Entre quarante et cinquante ans, les ovaires commencent à durcir et à s'effacer; ils perdent leur poli, et se chargent plus ou moins d'inégalités. Leur parenchyme disparaît; dans le même temps les vésicules se rapetissent, leurs membranes s'épaississent, leur cavité finit par disparaître entièrement, et elles se trouvent converties en des corps jaunâtres ou noirâtres, souvent fibro-cartilagineux ou osseux.

Après la conception, il se développe, dans celui des ovaires qui a servi à la fécondation, un tissu particulier qu'on appelle *corps jaune*. Ce tissu est mou, chargé d'un grand nombre de vaisseaux, et composé de plusieurs lobes. Il fait saillie au-dessus de l'ovaire, atteint à peu près le volume d'une cerise, et renferme une cavité qui s'ouvre à l'extérieur. Suivant toutes les apparences, il est le produit d'une espèce d'inflammation qui survient, en vertu de la conception, dans un des points de la surface de l'ovaire, probablement dans une des vésicules de Graaf, et qui en change l'organisation et la sécrétion. L'influence de la liqueur séminale du sexe masculin est la cause ordinaire de ce changement; mais il se pourrait, comme le pense Meckel, que d'autres stimulations, morales ou physiques, la masturbation entre autres, fussent capables aussi d'y donner lieu, et de provoquer la formation d'un produit génital incomplet, d'un môle, ou d'une de ces productions anormales, osseuses, pileuses, dentaires ou autres, qu'on rencontre si fréquemment dans les ovaires.

Les observateurs les plus exacts s'accordent à dire que le nombre des corps jaunes correspond à celui des enfans qui ont été mis au monde. L'ouverture qui s'y est faite et leur cavité ne s'effacent entièrement qu'après l'accouchement; une nou-

velle inflammation s'établit dans les parois déchirées de la poche, des bourgeons charnus s'en élèvent, puis s'affaissent, et une cicatrice seule finit par indiquer l'endroit qu'elle occupait. La couleur jaune elle-même se dissipe insensiblement; mais il est rare qu'elle s'efface tout à fait, et qu'on ne retrouve plus aucun vestige du corps jaune, qui en général ne fait que se réduire à un volume extrêmement petit.

II. Les maladies de l'ovaire, bien différentes en cela de beaucoup d'autres, ne sont guère connues que sous le rapport anatomique, tant le diagnostic en est obscur dans l'état actuel de la pathologie. Il en est peu dont on ait autant méconnu le caractère inflammatoire, principalement parce que l'inflammation aiguë de ce viscère est à peine connue. Sauvages n'ayant point parlé de cette phlegmasie, Cullen et Pinel n'en ont rien dit. Cela vient sans doute aussi de ce que jusqu'ici on a considéré l'ovaire uniquement comme une dépendance de la matrice; c'est à peu près ce que l'on ferait si l'on regardait le rein comme une dépendance de la vessie. Cependant l'ovaire est l'organe principal et même le seul organe de la génération proprement dite; les trompes, la matrice, le vagin n'en sont que les conducteurs, le réservoir et le conduit excréteur; les membranes en sont les tégumens; le placenta et le cordon en sont les appareils respiratoires et digestifs. Ainsi considéré, l'ovaire acquiert, dans l'ordre pathologique, une importance qu'on ne lui avait pas encore reconnue, et l'on doit rapporter plus d'une prétendue métrite, péritonite, hystérie, etc., à l'irritation, à l'inflammation aiguë ou chronique de ce viscère. Néanmoins, les maladies que l'on indique comme pouvant l'envahir sont: l'*inflammation*, les dégénérescences *squirreuse*, *tuberculeuse*, *stéatomateuse*, *athéromateuse*, *mélicéritique*, *osseuse*, les *hydatides*, l'*hydropisie*, enfin la présence d'un fœtus ou d'une portion de fœtus dans le tissu de ce viscère. Ruecker fait dépendre la plupart de ces altérations de l'inflammation des ovaires, et ce n'est pas sans raison aux yeux de tout physiologiste qui a étudié attentivement les maladies des femmes.

L'*inflammation* de l'ovaire s'annonce par une douleur dans les deux côtés de l'hypogastre; cette douleur augmente par le toucher; assez souvent il se manifeste une tuméfaction avec rénitence au-dessus d'une ou des deux régions inguinales. La malade éprouve une crainte extraordinaire, des terreurs sans motif, une anxiété générale; elle est plus irascible que de coutume; parfois elle fait éclater une joie extrême sans qu'on sache pourquoi; tantôt elle recherche la solitude, s'abandonne aux illusions d'une imagination ardente, et désire l'union sexuelle. De temps à autre elle éprouve des extensions con-

vulsives; son visage et ses yeux semblent annoncer qu'elle est préoccupée de quelque chose d'important; parfois elle s'écrie, profère des paroles obscènes ou injurieuses, agite continuellement les cuisses et les jambes; la présence d'un homme augmente l'intensité des symptômes. Le pouls est variable, tantôt fort et grand, tantôt petit et contracté; la chaleur de la peau est peu augmentée; l'urine rouge, peu abondante, le ventre resserré, les règles sont suspendues; la malade éprouve un sentiment de torpeur dans les cuisses. Le dérangement de la pensée peut être telle qu'elle ne se plaigne d'aucune douleur; mais, si l'on presse sur la région de l'ovaire, l'agitation convulsive des muscles de la face et les mouvemens plus rapides des cuisses annoncent la réalité de l'inflammation.

On voit combien est grande l'analogie des signes de l'inflammation des ovaires avec ceux de la nymphomanie; c'est qu'il est probable que la nymphomanie n'est elle-même que l'irritation périodique ou l'inflammation de l'ovaire. Nous ne pensons pas qu'il y ait autre chose qu'une passagère différence de degré dans ces affections; seulement, quand les symptômes d'aliénation prédominent, on dit qu'il y a nymphomanie, tandis qu'on donne à la maladie le nom de métrite quand les phénomènes locaux de l'inflammation prédominent.

Il faut convenir que, très-souvent, les ligamens larges de l'utérus, les trompes de Fallope et la matrice elle-même participent, ensemble ou séparément, à l'inflammation de l'ovaire, de même que, dans le cas de métrite primitive, il est fort rare que les ovaires ne soient pas eux-mêmes plus ou moins enflammés. Mais ce n'est pas une raison pour confondre ces diverses phlegmasies; c'est au contraire un motif pour s'attacher à en découvrir les signes caractéristiques, afin de prévenir les rechutes et les récidives, afin surtout d'apprendre à mieux connaître l'état chronique de ces inflammations.

Les causes qui prédisposent à l'inflammation des ovaires sont la surexcitation nerveuse et les irradiations sur les organes générateurs, qui sont le résultat de la lecture des livres qui dirigent les idées vers la réunion sexuelle; l'habitude de s'abandonner aux idées de ce genre; l'espoir d'un mariage vivement désiré; la provocation à l'acte vénérien sans accomplissement, surtout à l'approche des règles (de violens désirs de ce genre provoquent, chez l'homme, des douleurs vives, et souvent une inflammation des testicules); la privation des plaisirs amoureux dans l'état du mariage; l'avortement répété; l'abstinence subite du coït chez les femmes qui s'y livrent très-fréquemment; telles sont les veuves et les filles publiques incarcérées, le refroidissement de la peau, principalement dans le cours d'un traitement mercuriel, dans les premiers jours qui sui-

vent l'accouchement; un coup, une chute sur l'abdomen; la constriction de cette partie; l'usage des abortifs; l'abus des emménagogues; un accouchement laborieux; la cessation de la sécrétion du lait; la disparition des exanthèmes; l'arrêt du flux menstruel; des jouissances avant l'âge marqué par la nature; l'abus continu des plaisirs de l'amour; l'usage du coït dans la convalescence d'une inflammation de la matrice ou de l'ovaire; l'état de turgescence continuel dans lequel l'ovaire est tenu par le libertinage.

L'inflammation des ovaires, plus souvent bornée à un seul qu'aux deux, se termine fort souvent, quand elle est peu intense, par un écoulement blanchâtre et visqueux du vagin, puis revient à diverses époques, pour peu que les causes qui l'ont fait naître continuent d'agir ou se renouvellent. Si la phlegmasie est intense et se prolonge, elle s'étend nécessairement à la matrice, et suit toutes les conséquences de l'inflammation mieux connue de ce viscère. Dans quelques cas peu connus, la suppuration s'établit; le sujet meurt, à moins que le pus ne se fraye une issue dans la matrice et au dehors, ou bien qu'incarcéré, il y devienne l'origine probable de divers tissus accidentels qu'on trouve ensuite dans la substance de l'ovaire. Quand l'inflammation de l'ovaire est simple, il arrive le plus souvent qu'elle passe à l'état chronique, parce que, la méconnaissant, on la combat faiblement. Les symptômes que nous avons indiqués continuent à se montrer, mais d'une manière fort irrégulière, tantôt ensemble, tantôt isolément, les uns après les autres. Les douleurs au-dessus des aines, les inégalités du caractère, les spasmes dans les membres inférieurs, sont les phénomènes prédominans. La durée de cette inflammation est indéterminée, elle finit par provoquer l'induration, le squirre des tubercules, une dégénérescence enkystée, l'hydropisie, en un mot l'une ou l'autre, ou plusieurs des altérations de texture que nous avons indiquées plus haut.

L'inflammation chronique de l'ovaire entraîne nécessairement avec elle la stérilité, qui a lieu quelquefois alors même qu'un seul ovaire est affecté. Arrivée à sa dernière période, elle provoque souvent un développement considérable de l'organe, qui forme alors une tumeur fréquemment mobile dans l'abdomen, sur les côtés de l'utérus, et que l'on distingue des tumeurs formées par ce viscère à l'aide du toucher pratiqué avec soin. Il n'est pas aussi facile de distinguer les tumeurs ovariennes de celles que forment les ganglions mésentériques, les intestins, ou le rein déplacé; mais, en ayant égard aux symptômes antécédens, l'équivoque cesse presque toujours, à moins d'une inattention condamnable. Pour quelques praticiens même fort en réputation, toute tumeur abdominale qui

n'est pas sur la ligne blanche est formée par l'ovaire. Dans uu cas de ce genre, elle n'était formée que par le rein droit qui, par une singulière anomalie, plongeait en avant et en bas quand les intestins étaient vides.

L'inflammation de l'ovaire exige la saignée d'une veine quand elle est intense; l'application des sangsues aux aines et à l'anus, les cataplasmes émolliens opiacés, les bains de siége, les pédiluves chauds et légèrement irritans, l'opium à l'intérieur quand les voies digestives ne sont point irritées. Les antiphlogistiques doivent être mis en usage jusqu'à ce que la malade n'éprouve plus aucune douleur, lors même que l'on presse fortement sur la région de l'organe malade. Il est d'autant plus important de déployer toute l'activité possible dans l'emploi des moyens propres à calmer l'inflammation, qu'elle occupe alors un organe sur l'état duquel les altérations de fonctions ne peuvent donner aucun renseignement.

Dans la convalescence, et long-temps après, le sujet doit s'abstenir du coït, et même de tout ce qui peut en faire naître le désir; il importe de lui recommander un exercice modéré, une occupation assez attrayante pour que sa pensée en reçoive une direction opposée à celle qui porte à rechercher les plaisirs de l'amour. Les bains froids sont indiqués quand toute trace d'inflammation a disparu depuis long-temps.

A quels signes reconnaître que l'inflammation des ovaires a déterminé la suppuration, la gangrène? On ne peut que soupçonner l'une et l'autre; la première, quand la douleur, devenue sourde, s'accompagne d'un sentiment de pesanteur, de frissons passagers, avec accélération momentanée du pouls et de chaleur à la peau. Quand l'ovaire enflammé est devenu volumineux, et quand il a contracté des adhérences avec les parties voisines, si le pus se fraye une issue hors de ce viscère, c'est à travers les parois des intestins, qui l'excrètent avec les fèces, à travers les parois de l'abdomen, du vagin ou de la vessie. Du moins les écrits des observateurs contiennent la relation de faits de ce genre. Les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie rapportent qu'on a trouvé l'ovaire droit en suppuration, adhérant au fond de la vessie, communiquant avec lui par une ouverture, chez une femme qui, pendant sa vie, se plaignait de douleurs lombaires du côté droit, et rendait du pus avec l'urine. Chambon rapporte deux cas de passage du pus des ovaires dans les intestins; mais les malades ayant survécu, la dissection n'a point prouvé la réalité de cette communication. Si jamais on soupçonne la suppuration des ovaires, il n'y a rien de mieux à faire que de persister dans l'emploi des adoucissans. Si une tumeur fluctuante se montre à l'abdomen, il faut l'ouvrir avec la potasse, ou bien à l'aide

d'un stylet chauffé jusqu'au blanc, après avoir attendu que l'ouverture soit sur le point de se faire spontanément. Quand le pus sort par la vessie, le rectum, le vagin, il suffit de faire des injections émollientes dans ces deux derniers conduits, afin d'éviter le séjour du pus sur leur membrane interne.

Bautzmann a observé un cas d'inflammation de l'ovaire droit avec péritonite et entérite, chez une femme devenue enceinte après vingt-deux ans de mariage. L'hypocondre droit avait été douloureux dans les derniers mois de la grossesse; l'accouchement fut heureux; les lochies étaient fétides; huit jours après, une vive douleur se fit sentir à l'hypogastre, le pouls s'accéléra, le dévoiement survint, la malade mourut; l'ovaire droit fut trouvé en pourriture, déchiré, et ayant la forme d'un sac. Cette pourriture n'était-elle pas postérieure à la mort? c'est le plus probable. La cessation subite des douleurs, la faiblesse du pouls, l'altération profonde des traits, les facultés intellectuelles demeurant intactes, seraient propres à faire présumer la gangrène de l'ovaire, si elle a jamais eu lieu.

Le passage de cette inflammation à l'état chronique, sans qu'on sache quelle autre modification il en résulte pour la structure de l'organe, est ce qui a lieu le plus fréquemment; recommander une extrême sobriété sous tous les rapports, l'usage fréquent des bains, l'application des sangsues dans l'intervalle des époques menstruelles, et, à plus forte raison, quand les règles ne paraissent pas, retardent, ou sont peu abondantes : tels sont les moyens à l'aide desquels on peut espérer, sinon de guérir, au moins de ralentir les progrès du mal. Si les douleurs se renouvellent à l'hypogastre, il faut y apposer des sangsues, et y appliquer des émolliens, aussi souvent qu'elles reparaissent.

On a rapporté sous le nom de *squirre* des ovaires un assez grand nombre de cas de phlegmasies chroniques de ces viscères, avec dégénérescence fibreuse, fibro-cartilagineuse, tuberculeuse, ossiforme, cérébriforme, complexe, durant la marche desquelles il s'est constamment manifesté des douleurs plus ou moins vives, dans les côtés de l'hypogastre au-dessus des aines. Pendant long-temps on a douté du siége de ces douleurs, et d'autant plus que souvent les menstrues et même la conception et la gestation, ainsi que l'accouchement, ont lieu comme si ces douleurs ne se faisaient pas sentir; cependant elles augmentent d'intensité, ou deviennent plus fréquentes; une tumeur finit par se manifester sur un ou sur les deux côtés de l'utérus : la conception et la gestation sont encore parfois compatibles avec cette tumeur; mais elle s'accroît progressivement, au moins le plus ordinairement ou, pour mieux dire, dans les cas qui fixent l'attention des observateurs. L'intégrité de

l'utérus, l'absence des symptômes d'hépatite, d'entérite, de péritonite, de splénite chronique, ne laissent plus de doute qu'entre une tumeur de l'ovaire ou de la trompe de Fallope. Néanmoins, dans quelques cas, le diagnostic est moins facile ; c'est quand la tumeur adhère intimement à l'utérus, et plus encore quand celui-ci participe à l'état morbide de l'ovaire. Quand la dégénérescence cérébriforme se trouve dans l'organe malade, les douleurs atroces et lancinantes qui en sont les compagnes presque inséparables, la font soupçonner. Il n'en est pas de même des autres, dont le mode de douleur n'a rien de caractéristique. Bayle pense que la dégénérescence vraiment squirreuse de l'ovaire est fort rare.

Il arrive aussi que le tissu de l'organe s'altère sans acquérir un volume tel qu'on puisse le reconnaître avant la mort; mais il est des cas où il devient si énormément gros que, selon Vater, on a vu l'ovaire droit arriver à peser cent livres. Il est remarquable que très-souvent on ne s'aperçoit de la tumeur que forme l'ovaire que quand déjà elle est considérable ; mais cela vient uniquement de la négligence que les médecins mettent à explorer l'abdomen de leurs malades, surtout quand ce sont des femmes. La tumeur des ovaires est ordinairement mobile jusqu'à ce qu'elle ait pris un accroissement considérable ; son mouvement est perçu par la malade long-temps avant le toucher. On a vu des altérations de l'ovaire demeurer pendant plus de trente ans sans produire d'autres inconvéniens que ceux qui résultaient de la pesanteur de la tumeur à laquelle elles donnaient lieu.

Le plus ordinairement un seul ovaire est affecté, mais il n'est pas rare qu'ils le soient tous deux.

L'ossification simple de l'ovaire est très-rare, lors même qu'on n'entend par là qu'une infiltration de phosphate de chaux, s'il est permis de s'exprimer ainsi, et non une ossification proprement dite, qui n'a jamais été constatée positivement; mais il n'est pas rare de trouver quelques points lapidiformes dans l'ovaire, quand il a subi les diverses altérations de texture que nous venons d'indiquer.

Le tissu de l'ovaire s'altère moins souvent que celui de la matrice; les dégénérescences du premier de ces organes ne s'observent guère que chez les femmes âgées qui ont vécu dans un véritable célibat, et qui ont été presque toujours mal réglées; on les observe aussi plus souvent chez celles qui ont été stériles, chez les femmes sujettes à l'avortement.

On pense bien que tous les moyens réputés antisquirreux, anticancéreux et fondans ont été mis en usage, et que plus d'une fois même on en a dangereusement abusé dans le traitement des altérations de texture de l'ovaire ordinairement dé-

signées sous le terme vague de *squirre*. Nous avons dit, à l'article CANCER, tout ce qu'on sait de l'emploi de ces moyens, sur lesquels l'esprit aveugle de la routine fonde seul un espoir presque toujours déçu. Le traitement antiphlogistique, combiné avec la méthode calmante, est le seul que la raison avoue.

Il est d'autres altérations de l'ovaire que nous ne devons point passer sous silence, quoiqu'elles soient encore moins connues que les précédentes; ce sont les tumeurs enkystées ou kystes méliceritiques, athéromateux, stéatomateux de l'ovaire; ce sont des cavités formées par une membrane accidentelle, contenant une matière analogue, pour l'aspect et surtout pour la consistance, à du miel, à du fromage pourri, à une substance visqueuse jaunâtre, à du suif, à de la graisse, à du plâtre. La surface du sac est souvent garnie d'hydatides, ou tout au moins de vésicules transparentes réputées telles. Au milieu de la substance que renferme alors l'ovaire, on trouve aussi des poils, des cheveux, des rudimens d'os, des dents, des concrétions lapidiformes ou d'apparence osseuse. Les faits de ce genre, quelque extraordinaires qu'ils paraissent, sont pourtant en assez grand nombre, sans doute parce que, attendu leur singularité, on a recueilli avec soin tous ceux qui sont venus à la connaissance des observateurs. Riedlin, Van der Wiel, Tyson, Haller, Lamzwerde, Beaulieu, Cheston, Ruysch, Duverney, Lauverjat, Baudelocque, en ont rapporté.

Baillie a prétendu avec raison que la présence des cheveux, des os et des dents dans l'ovaire ne supposait pas nécessairement une fécondation préalable. En effet, on a trouvé des objets du même genre chez des hommes, par conséquent dans une autre partie du corps que l'ovaire, mais toujours dans l'abdomen. On doit à Murat une observation intéressante de calculs dans l'ovaire. Il s'agit d'une femme qui, peu après la conception, éprouva des douleurs au côté gauche, des cardialgies, des nausées, des vomissemens, accidens qui allèrent en augmentant, et qu'une perte compliqua, d'abord passagèrement, puis continuellement. Au terme de la gestation, les douleurs s'accrurent, la femme mourut. On trouva l'ovaire du volume d'une seconde matrice; l'ayant ouvert, il en sortit de l'eau; elle contenait des espèces de cellules béantes, dans chacune desquelles se trouvaient des pierres triangulaires, lisses, de couleur café au lait; une pierre était adhérente au ligament large; cette pierre, de la grosseur d'une forte noix, hérissée d'aspérités, était adossée à la trompe; quelques vaisseaux sanguins parurent rompus, et l'on supposa qu'ils s'épanchaient, par la trompe, dans l'utérus et de là au dehors.

Outre les tumeurs auxquelles donne lieu la présence de ces diverses altérations dans l'ovaire, il en est d'autres qui

dépendent du développement d'hydatides, et d'autres qui ont pour cause l'hydropisie de ce viscère; il en est encore d'autres qui dépendent de la présence d'un fœtus développé en totalité ou en partie dans la substance de l'ovaire, ce qui constitue la grossesse ovarienne. Elle a été niée par divers auteurs, par plusieurs accoucheurs, Dubois entre autres. Cependant nous avons vu un vaste kyste développé sur le côté de la matrice, et qui avait renfermé un fœtus d'environ quatre mois, dont les débris furent extraits par le rectum : ce kyste nous a paru formé aux dépens de l'ovaire, sinon en totalité, au moins en grande partie. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'un habile anatomiste qui pratiqua la dissection, ne trouva aucune trace de l'ovaire, et l'on ne peut supposer qu'il existât encore. Il faut consulter sur des faits de ce genre les ouvrages de Littre, de Duverney; les observations de Boehmer, de Muller, ne laissent aucun doute sur la certitude de la grossesse ovarienne. Mais il n'est pas aussi certain que le pense ce dernier auteur, qu'il ait eu à extraire de l'ovaire un enfant à terme et vivant sans que la mère et l'enfant aient perdu la vie. L'extraction de l'enfant, la continuation de sa vie et de celle de sa mère ne sont pas impossibles, et nous ne voulons pas les révoquer en doute; mais, dans un cas de ce genre, à quel signe reconnaître que le kyste *gestatif* est formé par l'ovaire ?

III. Quoique peu volumineux et peu susceptible en apparence de se déplacer, l'ovaire s'est assez fréquemment trouvé dans les tumeurs herniaires. Soranus d'Ephèse, Bessière, Verdier, Haller, Pott, Camper, Balin, Desault, Lassus, Lallemant, Déneux et quelques autres en ont rapporté des exemples authentiques. L'ovaire s'est rencontré dans les hernies inguinales, crurales et ischiatiques. Denman a vu cet organe, plongé profondément dans l'excavation du bassin, former une saillie à travers les parois vaginales, et déterminer une rétention d'urine. Tantôt l'ovaire existe seul dans les hernies, tantôt il concourt avec d'autres parties, et surtout avec la matrice et la trompe utérine, à les former. Des différentes espèces de déplacement qu'il peut éprouver, celui qui a lieu par l'anneau inguinal est le plus fréquent : on en possède neuf à dix observations; et, dans le fait rapporté par Lassus, la hernie était même congéniale. Il paraît que chez les jeunes filles l'ovaire est susceptible de se porter assez aisément le long du canal de Nuck, jusqu'au dehors de l'ouverture suspubienne. Quoi qu'il en soit, les tumeurs ainsi formées ont quelque analogie avec celles qui résultent du testicule retenu à l'anneau ou à son voisinage. Indolentes, circonscrites, mobiles sous le doigt, inégales à leur surface, elles font sentir à la pression une douleur semblable à celle que produit le froissement de l'or-

gane sécréteur du sperme. Le ventre est ordinairement libre et souple; presque toujours cependant il existe une douleur incommode, qui augmente par la station, la marche ou le décubitus sur le côté opposé à la maladie, et qui se propage de la tumeur dans la cavité du bassin jusqu'à l'utérus; aucun embarras dans les actions digestives ne se fait observer, et cette absence complète de tout accident, unie aux signes les moins équivoques de la hernie, est une des circonstances les plus propres à faire distinguer la lésion qui nous occupe. Lorsque l'ovaire accompagne la matrice ou les intestins, il est impossible de reconnaître sa présence dans la tumeur où elle ne donne lieu d'ailleurs à aucune indication spéciale. Les hernies isolées de cet organe doivent être réduites et contenues comme toutes les autres; mais quelquefois elles sont irréductibles, et doivent rester au dehors. Dans un cas où les deux ovaires étaient sortis par l'anneau inguinal, ils ne purent être repoussés dans le ventre, Pott rapporte que l'on fut obligé, par les instances de la malade, de les extirper. La peau et le tissu cellulaire ayant été incisés, on découvrit un sac très-mince, qui contenait l'ovaire, dont on lia le pédicule tout près de l'anneau, avant de le diviser. Aucun accident ne suivit cette opération; la femme, qui était vigoureuse, d'une santé excellente et bien réglée, continua de se bien porter, mais elle maigrit un peu, ses muscles devinrent plus saillans, son sein, dont le volume était auparavant considérable, s'affaissa, et les règles disparurent.

L'observation de Pott est importante sous ce rapport, qu'elle semble justifier l'extirpation de l'ovaire, opération proposée d'abord par Laporte, et accueillie avec une sorte d'avidité par Morand. Lorsque l'hydropisie enkystée de l'ovaire, qui est de toutes les affections du même genre la plus commune, résiste aux moyens les plus puissans de la médecine interne, et menace la vie du sujet en déplaçant les viscères abdominaux, et en les comprimant de manière à rendre leurs fonctions impossibles, la chirurgie peut encore, en évacuant le liquide épanché, prolonger du moins la vie du sujet. Cette ponction diffère peu de celle de la PARACENTÈSE. Dans un cas où il venait de plonger le trois-quarts dans la tumeur, Ledran, ne voyant rien sortir par la canule, y introduisit un stylet, et le retira chargé d'une matière gélatineuse, tremblotante et tellement épaisse, qu'elle ne pouvait s'écouler au dehors. Il imagina dès cet instant d'inciser la paroi abdominale, ainsi que les tuniques du kyste, et créa une méthode nouvelle pour le traitement de la maladie qui nous occupe. L'opération, pratiquée au moyen d'un trois-quarts dont la canule, suivant sa longueur, servit de guide au bistouri, permit de faire sortir, chez la femme dont il s'agit, une masse gélatineuse qui avait

un volume égal à celui d'une tête d'enfant. Cependant la malade succomba en quelques jours; d'autres, opérées suivant le même procédé, ont été plus heureuses; quelques-unes ont conservé au ventre une fistule habituelle; il en est, mais en fort petit nombre, qui ont entièrement guéri après une suppuration plus ou moins prolongée, et la destruction ou l'adhérence mutuelle des parois de la tumeur. Au milieu de ces résultats, ou favorables, ou contraires, la saine pratique démontre que l'incision des tumeurs enkystées de l'ovaire ne saurait être proposée que, dans les circonstances rares où une évacuation mécanique devenant indispensable, une simple ponction ne suffit pas pour vider l'abdomen. Tels sont les cas où la tumeur est multilobée, et ceux où le kyste est rempli par une substance plus ou moins solide, à laquelle une large ouverture peut seule donner issue. Après les opérations de ce genre, il convient de mettre en usage les moyens généraux et locaux employés toutes les fois que l'on a ouvert des ABCÈS étendus, profonds et situés au milieu de parties irritables, dont la vive inflammation pourrait être funeste.

L'extirpation de l'ovaire présente beaucoup plus de dangers que la simple division de la substance dilatée et en partie désorganisée de cet organe. Les exemples rapportés par Alexandre ab Alexandro, de peuples qui avaient l'habitude de pratiquer cette opération sur leurs femmes, et l'usage encore répandu chez nous d'y soumettre les femelles de certains animaux, ne démontrent pas qu'elle soit proposable toutes les fois que l'ovaire n'a pas été amené hors du ventre; car il ne s'agit pas ici d'emporter cet organe lorsqu'il est sain, mais de l'extirper dans l'état de maladie, et au milieu de tissus presque toujours plus ou moins profondément altérés. Or, dans ces cas, il est presque toujours adhérent aux parties voisines; ses vaisseaux se sont dilatés en proportion de l'accroissement de son volume; souvent même ou le siége du mal ne peut être exactement déterminé, ou il envahit en même temps les deux organes, ce qui rend l'opération à la fois incertaine, difficile et dangereuse.

Malgré ces puissantes considérations, et au mépris des contre-indications qu'elles font naître, quelques chirurgiens ont osé tenter l'extirpation de l'ovaire, et le succès a couronné leur audace. Ainsi Laumonier a emporté, dit-on, un de ces organes devenu squirreux, dont le volume était très-considérable, et la femme a parfaitement guéri. Nathan. Smidt pratiqua la même opération dans un cas d'hydropisie enkystée. La malade était âgée de trente-cinq ans; depuis long-temps elle portait dans le côté droit une tumeur qui devint tout à coup volumineuse, et prit un accroissement rapide. Craignant que cette affection ne fût bientôt au-dessus des ressources de l'art, et n'entraînât la perte

du sujet, le praticien anglais résolut de recourir à l'opération. Pour cela la malade fut couchée sur un lit, la tête et les épaules un peu élevées, la tumeur portée par un aide vers le milieu du ventre. Nathan. Smidt fit alors, le long de la ligne blanche, une incision qui, commencée à un pouce au-dessous de l'ombilic, se prolongeait trois pouces plus bas. Arrivé au péritoine, et ayant attendu que le sang cessât de couler, la membrane séreuse fut ouverte et la tumeur devint visible. Elle adhérait à droite à la paroi abdominale, entre l'épine iliaque et les fausses côtes; un trois-quarts plongé dans son enveloppe en fit sortir huit livres d'un liquide brunâtre et filant; ensuite le sac fut entraîné au dehors, séparé de l'épiploon auquel il était adhérent, puis du ligament de l'ovaire, qu'il fallut couper, en ayant la précaution de lier les artères qu'il renfermait, et enfin de la surface péritonéale antérieure. L'incision fut réunie avec des bandelettes agglutinatives, et l'abdomen serré par un bandage de corps. Aucun accident ne suivit l'opération, et la malade, entièrement guérie au bout de trois semaines, s'est toujours bien portée depuis.

Nous avons cru devoir rapporter cette importante observation, parce qu'elle fait voir, et combien l'extirpation de l'ovaire est laborieuse, et de quelle manière il faudrait y procéder si l'on croyait indispensable de l'exécuter. Une telle opération nous semble toujours compromettre la vie des sujets, plus encore que la maladie à laquelle on l'oppose.

OVALE, adj., *ovalis*. On appelle *centre ovale*, la masse de matière blanche qu'on aperçoit lorsqu'on coupe horizontalement les deux hémisphères du cerveau, au niveau du corps calleux; *fosse ovale*, un enfoncement à bords saillans, qui se remarque sur la paroi moyenne de l'oreillette droite du cœur, dans l'endroit où existait, chez le fœtus, le *trou ovale* ou de Botal; *trou ovale*, le trou OBTURATEUR.

OXALATE, s. f., *oxalas*; sel formé par la combinaison de l'acide oxalique avec une base salifiable. On n'a trouvé jusqu'à présent que deux de ces sels dans la nature, l'oxalate de chaux et le sur-oxalate de potasse. Ils paraissent être les plus difficiles de tous les sels végétaux à décomposer par les acides.

OXALATE DE CHAUX. Ce sel est complétement insoluble. Scheele l'a trouvé dans un grand nombre de racines, de bulbes et d'écorces employées en médecine, les racines d'ache, de dompte-venin, d'arrête-bœuf, de bistorte, de curcuma, de carline, de dictame blanc, de fenouil, de gentiane rouge, de gingembre, d'orcanette, d'iris de Florence, de mandragore, de saponaire, de patience, de tormentille, de valériane et de zédoaire; les écorces de cascarille, de cannelle, de sureau et de sima-

rouba ; les bulbes de scille. Braconnot l'a rencontré dans le *lychnis dioïca* et les épinards ; Vauquelin dans le bananier ; Henri dans la rhubarbe, qui en contient des proportions considérables. Mais ce qui le rend surtout intéressant aux yeux du médecin, c'est qu'il constitue certaines concrétions vésicales, celles qu'on appelle murales, à cause de leur forme mamelonnée ; et que leur dureté, leur pesanteur et les aspérités de leur surface rendent les plus redoutables de toutes. Tantôt il les constitue en entier, et tantôt il n'en forme que le centre et le noyau. On l'a aussi observé dans plusieurs calculs rénaux.

OXALATE ACIDE DE POTASSE, généralement connu sous le nom de *sel d'oseille ;* il cristallise en parallélipipèdes blancs, peu solubles dans l'eau, et d'une saveur très-acide. Il existe tout formé dans plusieurs espèces du genre *rumex*, l'*oxalis acetosella*, les feuilles du *berberis vulgaris*, les tiges et les feuilles du *rheum compactum*, etc. On ne l'emploie aujourd'hui que dans les arts ; les acides tartarique et citrique l'ont remplacé pour la préparation des limonades sèches et des pastilles rafraîchissantes, usage auquel on le faisait servir autrefois.

OXALIDE, s. f., *oxalis ;* genre de plantes, de la décandrie pentagynie, L., et de la famille des géranioïdes, J., qui a pour caractères : calice divisé en cinq parties; corolle régulière, à cinq pétales onguiculés, à onglets courts et réunis par le côté ; dix étamines, à filamens réunis par la base et alternativement plus courts ; cinq styles à stigmates simples ; capsule pentagone, à cinq loges, à cinq valves, s'ouvrant longitudinalement par les angles, avec élasticité, et contenant une ou plusieurs semences arillées ; arille charnu, s'ouvrant avec élasticité au sommet, se roulant sur lui-même, et lançant la semence au loin.

L'*oxalide oseille*, *oxalis acetosella*, reconnaissable à ses folioles presqu'en cœur et velues, se trouve dans les bois de toute l'Europe septentrionale. On la connaît vulgairement sous le nom d'*alleluia*. Ses feuilles, chargées d'oxalate acide de potasse, sont plus agréables à manger que celles de l'oseille. Elles conviennent en décoction dans tous les cas où les acidules sont indiqués. On en prend une poignée pour une pinte d'eau.

OXALIQUE, adj. ; nom donné à un acide végétal, le plus oxigéné et le plus puissant de tous ceux qu'on rencontre dans les végétaux. Il est fort répandu dans la nature, où on le trouve quelquefois à l'état libre, mais mêlé avec l'acide malique, dans la proportion d'un à neuf. C'est sous cette forme qu'il existe dans le suc visqueux exsudé par les poils du pois chiche. En général cependant les plantes ne l'offrent que sous forme de sel, combiné avec la chaux ou avec la potasse. On peut le

former de toutes pièces par l'action ménagée de l'acide nitrique sur un grand nombre de substances végétales et animales, particulièrement sur le sucre. Il se développe aussi spontanément dans l'organisme animal, sous l'influence de certains états pathologiques des reins, et, s'accumulant alors dans la vessie, avec la chaux à laquelle il est uni, produit un genre de calculs très-redoutables.

On le retire ordinairement de l'oxalate acide de potasse, en dissolvant ce sel dans vingt-cinq ou trente fois son poids d'eau, décomposant le précipité d'oxalate de plomb qu'on obtient par l'acide sulfurique à chaud, débarrassant la liqueur qui surnage du plomb et de l'acide sulfurique qu'elle pourrait retenir, au moyen de la litharge et d'un courant d'acide hydro-sulfurique, et la faisant ensuite cristalliser.

Ainsi obtenu, l'acide oxalique se présente sous la forme de longs prismes quadrilatères, incolores et transparens, qui sont terminés par des sommets dièdres. Il a une saveur très-acide, et agit avec force sur les couleurs bleues végétales. L'air ne l'altère pas. L'eau bouillante en dissout son poids, et seulement la moitié à la température ordinaire. Il se dissout moins facilement dans l'alcool que dans l'eau. A l'instant où ses cristaux entrent en contact avec cette dernière, ils semblent se rompre, et produisent un léger bruit. Quand on le distille dans une cornue, il se fond d'abord dans son eau de cristallisation, qui fait les 273/1000 de son poids, s'épaissit, et se partage en deux portions, dont l'une, très-petite, se décompose, tandis que l'autre, dans un état de siccité aussi grande que possible, se vaporise et va se condenser, sous forme cristalline, dans le col de la cornue.

C'est de tous les acides végétaux, celui qui contient le plus d'oxigène; aussi, lorsqu'on le fait passer dans un tube rouge de feu, se décompose-t-il tout entier sans laisser déposer de charbon. Dulong, qui le considère comme formé de deux volumes de gaz acide carbonique et d'un volume de gaz hydrogène, lui a donné fort improprement le nom d'acide hydro-carbonique.

L'acide oxalique sert dans les laboratoires, comme réactif, pour reconnaître, dans les liquides, la présence de la chaux, qu'il enlève à tous les autres acides. On s'en sert aussi, dans quelques manufactures de toiles peintes, pour enlever les couleurs à base de fer. L'attention des médecins a été attirée sur son action corrosive par un assez grand nombre d'empoisonnemens causés par lui en Angleterre, où pendant long-temps on s'en est servi pour faire des limonades. En 1814, Royston rapporta l'observation d'une femme qui mourut au bout de quarante minutes après avoir pris une demi-once d'acide oxalique

pour du sulfate de magnésie. On douta d'abord que ce fût réellement de l'acide oxalique qui eût été avalé par cette femme, quoique Hume eût fait, à la demande de Royston, des expériences qui lui avaient fait reconnaître cette substance. En 1815, Thomson rappela l'attention sur ce sujet, en publiant l'histoire d'un semblable empoisonnement, et il y ajouta trois expériences faites avec l'acide oxalique concentré, d'où il concluait qu'il y a double décomposition de l'acide et des tuniques de l'estomac, quand on introduit de l'acide dans cette cavité. Cette opinion, confirmée par quelques nouvelles observations, et surtout par les expériences de Perey, acquit un certain poids en Angleterre, et fut impatronisée chez nous par Orfila, qui rangea l'acide oxalique parmi les poisons irritans. Il ne s'agissait plus que de déterminer avec précision quelle est son action, à haute dose, sur l'économie animale, et de reconnaître quels sont les moyens les plus propres à arrêter ses effets nuisibles. C'est ce que Christison et Coindet ont tenté de faire par de nombreuses expériences sur les animaux. Ils ont observé que les premiers symptômes d'empoisonnement se manifestaient, au bout de deux à treize minutes, par des efforts de vomissement qui se répétaient pendant plusieurs minutes et cessaient bientôt; qu'alors la respiration devenait courte, précipitée et de temps en temps suspendue pendant quelques secondes; que, quelquefois, le mode d'administration du poison, les efforts pour vomir, ne paraissaient pas plus tard que la dix-neuvième minute; qu'ordinairement ils ont lieu beaucoup plus tôt, et qu'on peut prendre cinq à six minutes pour terme moyen de l'apparition; qu'après la cessation des efforts pour vomir, l'irrégularité de la respiration augmentait, et que les intervalles pendant lesquels elle était suspendue se rapprochaient ou devenaient plus longs; que les animaux avaient d'abord la tête pendante et un regard languissant; qu'ensuite la tête se renversait en arrière, et qu'il se déclarait un tétanos général; que l'insensibilité devenait de plus en plus grande, après s'être d'abord manifestée par la raideur des pattes de derrière; que l'animal vivait rarement plus d'un quart d'heure, à moins que l'empoisonnement ne fût retardé par la section des nerfs pneumogastrique et grand sympathique, cas dans lequel l'animal vivait plusieurs heures.

Nous passons sous silence les expériences de Christison et de Coindet sur l'action de l'acide oxalique introduit dans l'économie animale par d'autres voies que l'estomac. Elles viennent d'être répétées et confirmées par Dupuy.

Quelque incomplètes que soient les observations qu'on doit à un hasard malheureux d'avoir pu faire sur l'homme, elles conduisent aux mêmes résultats que les expériences dont nous

venons de parler. La quantité d'acide oxalique qui a produit les empoisonnemens variait depuis trois gros jusqu'à deux onces, et avait été ordinairement prise à jeun. Sur onze cas, deux individus seuls ont été sauvés; trois survécurent une heure à l'ingestion de l'acide; les autres moururent en beaucoup moins de temps. Une personne qui avait avalé six gros d'acide oxalique périt au bout de quinze minutes; une autre vécut à peine dix minutes après avoir pris ce poison. Ainsi, la rapidité de l'empoisonnement est toujours en rapport avec la dose d'acide et le temps qu'il séjourne dans l'estomac.

Le premier signe d'empoisonnement qu'on ait observé chez l'homme consiste en une douleur brûlante dans l'estomac et quelquefois dans la gorge. Cette douleur, qui se faisait sentir aussitôt après l'ingestion du poison, continuait jusqu'à la mort. Des vomissemens violens ont lieu quelques minutes après l'apparition de ce premier symptôme. Cependant il n'y en eut pas chez deux individus, et il y en eut fort peu chez un troisième. Les chances de guérison sont faibles, dans les cas même où le vomissement survient immédiatement après que le poison a été avalé. Une femme avala deux onces d'acide dissoutes dans trois pintes d'eau : les vomissemens eurent lieu aussitôt après, et cependant elle succomba au bout de trente minutes. Les matières vomies sont ordinairement noires, quelquefois sanguinolentes. Rarement les intestins ont été affectés; presque tous les malades se plaignaient de douleurs dans la région de l'estomac; deux seulement ont eu des coliques, et ont éprouvé un effet purgatif; deux qui ont été guéris éprouvèrent de la constipation. Dans tous les cas, le pouls n'était presque pas sensible, et même, dans les deux observations connues de guérison, on ne put le sentir pendant plusieurs heures. Cet état du pouls était accompagné d'une diminution de température, de sueurs visqueuses, et quelquefois de la lividité des ongles et des doigts. La plupart des malades eurent des symptômes nerveux très-graves. Les deux individus qui succombèrent au poison se plaignirent beaucoup d'engourdissement et d'un sentiment de fourmillement dans les extrémités, long-temps après que la violence des premiers symptômes eut été calmée. Deux autres perdirent toute sensibilité avant de succomber, et quatre eurent des convulsions au moment de la mort et quelque temps avant.

A l'examen des cadavres, on a trouvé quelquefois une écume rougeâtre qui sortait de la bouche et du nez. L'état du cerveau a été rarement et toujours mal examiné. Sur un individu, les vaisseaux de cet organe étaient gorgés de sang; chez un autre, il existait un épanchement sous l'arachnoïde. On n'a pas constaté l'état des poumons, ni celui du cœur et du sang. Sur trois

individus on trouva cependant des traces d'inflammation à l'extérieur de l'organe pulmonaire. En général l'estomac contenait une certaine quantité d'un fluide épais, visqueux, ordinairement noir, et semblable à du marc de café. Les membranes de cet organe présentaient des apparences diverses. Chez une fille morte trente minutes après avoir pris une once d'acide, et qui avait peu vomi, on ne trouva aucune trace d'altération dans toute l'étendue du canal intestinal. Chez une autre fille morte quinze minutes après avoir avalé six gros d'acide, et sans avoir présenté de vomissemens, la membrane interne de l'œsophage se détachait facilement, les rides de l'estomac étaient réduites en bouillie, la couche villeuse s'enlevait facilement; les autres tuniques étaient ramollies, perforées dans plusieurs endroits, en sorte que les matières contenues dans l'estomac s'étaient épanchées dans l'abdomen. La surface de la rate était altérée. On a souvent rencontré une injection très-marquée des vaisseaux de la membrane muqueuse de l'estomac; elle était quelquefois épaissie, parsemée de taches brunes et rouges. Le sang des vaisseaux était quelquefois noirci, et l'épiderme facile à détacher. Ainsi, en dernière analyse, on a rencontré quatre degrés d'altération dans l'estomac: 1°. érosion plus ou moins considérable de l'épiderme de la membrane muqueuse, état gélatiniforme et transparence du chorion et des autres tuniques de cet organe, couleur noire du sang; 2°. érosion simplement partielle de l'épiderme; plaques épaissies, faciles à déchirer, peu adhérentes, d'un jaune brun ou d'un brun verdâtre; les autres tuniques intactes; 3°. de simples taches légèrement saillantes, circonscrites, d'un rouge brun, cerise ou écarlate, sans altération de l'épithelium; 4°. état parfaitement sain, ou légère couleur rougeâtre de l'estomac. Toutes ces altérations annoncent manifestement un poison irritant. On remarquera qu'à l'instar de la digitale il affaiblit et ralentit le pouls, et qu'ainsi qu'on le voit dans la fièvre jaune, il détermine une exhalation sanguine qui produit des vomissemens d'une matière noirâtre analogue à du marc de café. Son action est trop rapide, comme le disent Christison et Coindet, pour qu'on puisse attribuer la mort à une gastrite. Peut-être est-elle le résultat d'une prompte imbibition des tissus.

Quant aux moyens curatifs, on ne sait encore rien de positif à cet égard. Le traitement diffère de celui qui convient dans les empoisonnemens par d'autres substances irritantes. Les vomitifs ne conviennent pas, parce que leur effet n'est pas assez prompt. Les boissons aqueuses seraient nuisibles en facilitant l'absorption, à moins qu'on ne parvînt promptement à faire vomir le malade par des moyens mécaniques. Il paraît donc

que la seule ressource consiste à neutraliser l'acide dans l'estomac avec le carbonate de chaux, ou la magnésie calcinée, qui forment tous deux avec lui des sels insolubles. Cette dernière circonstance est fort importante suivant Christison et Coindet, qui disent avoir observé que, quand un poison agit par l'intermédiaire de l'absorption et forme des composés solubles, son action sur l'économie animale peut être diminuée dans ses combinaisons, mais n'est jamais entièrement changée ou détruite.

OXICRAT, s. m., *oxycratum;* mélange d'eau et de vinaigre, dans la proportion ordinaire d'un cinquième ou d'un sixième de ce dernier, lorsqu'il marque dix degrés au-dessus de zéro.

On emploie ce mélange à l'intérieur, édulcoré avec du sucre, et à l'extérieur. Dans ce dernier cas, on augmente la dose du vinaigre, et on la porte jusqu'au tiers et même à la moitié de l'eau du mélange. Cette préparation agit à la manière des ACIDULES.

OXIDATION, s. f., *oxidatio;* état d'un corps simple qui se trouve combiné avec l'oxigène; action qui tend à opérer cette combinaison.

OXIDE, s. m., *oxydum;* nom sous lequel on désigne, en chimie, toutes les combinaisons de l'oxigène avec un corps simple, qui ne sont point acides.

Ces composés sont extrêmement nombreux. On les divise en non métalliques et métalliques, et ces derniers aussi en terreux, alcalins, et métalliques proprement dits. On les partage encore en deux classes, suivant qu'ils sont ou non susceptibles de passer à l'état d'acide par l'addition d'une nouvelle quantité d'oxigène. Du reste un même corps simple peut produire plusieurs oxides en s'unissant à l'oxigène dans plusieurs proportions différentes. On admet ainsi trois degrés d'oxidation, et l'on donne aux composés qui en résultent les noms distinctifs de protoxide, deutoxide, et tritoxide ou péroxide, suivant la quantité d'oxigène qu'ils contiennent. Cette classification est d'autant mieux fondée que, suivant l'importante découverte de Berzelius, tous les oxides sont soumis, par rapport aux proportions d'oxigène qu'ils renferment, à une loi très-remarquable, d'après laquelle ceux de ces corps qui sont au-dessus du premier degré d'oxidation, contiennent la même quantité de radical, et un et demi, deux, quatre, six ou huit fois autant d'oxigène que celui qui est à ce premier degré.

On a aussi donné, mais fort improprement, le nom d'oxides à trois substances animales, l'*oxide* CASÉEUX, l'*oxide* CYSTIQUE, et *l'oxide* XANTHIQUE, qui se développent, la première lors de la conversion du caillé en fromage, et les deux autres

par suite d'une maladie des reins, analogue à celle d'où résulte la production des autres calculs urinaires.

OXIDULE, s. m. On appelait ainsi, autrefois, tout composé d'un corps simple et d'oxigène dans lequel ce dernier principe se trouve en quantité inférieure à celle qui est nécessaire pour donner naissance à un oxide proprement dit. Depuis les observations de Berzelius, tous ces composés ont pris le nom de *protoxides*, parce qu'on les regarde comme constituant un premier degré d'oxidation, et le mot *oxidule* se trouve relégué dans le langage des minéralogistes, qui n'a pas encore, à beaucoup près, la précision de celui des chimistes, quoique les efforts de Berzelius, et les travaux tout récens de Beudant permettent d'espérer qu'il y arrivera bientôt.

OXIGÈNE, s. m., *oxygenium;* gaz permanent, incolore, inodore, insipide, et un peu plus pesant que l'air, puisque sa pesanteur spécifique est à celle de ce dernier dans la proportion de 1 : 1,1025.

La découverte de ce gaz est attribuée à Priestley, quoiqu'elle ait été faite simultanément par Scheele en 1774, et que l'honneur en appartienne à ces deux chimistes. Priestley lui donna le nom d'*air déphlogistiqué*, et Scheele celui d'*air du feu*. D'autres l'ont appelé *air vital*, ou *air pur*. La dénomination d'oxigène, qui lui fut donnée à l'époque où l'on croyait qu'il entrait dans la composition de tous les acides, et qu'il était le seul générateur de l'acidité, ne lui convient plus depuis qu'on a reconnu qu'il existe des acides qui n'en contiennent aucun atome. Mais l'usage l'a tellement consacrée, qu'on peut s'en servir sans inconvénient, pourvu qu'on n'ait aucun égard à la signification qui ressort de son étymologie.

L'oxigène est très-répandu dans la nature, et c'est une des substances qui y jouent le plus grand rôle. Il forme un peu plus du cinquième de l'air atmosphérique, et près des neuf dixièmes en poids de l'eau. Il fait partie aussi d'une multitude de composés naturels, tant à la surface que dans le sein de la terre. Il entre dans la composition de tous les corps organisés, et il est une des conditions indispensables à la production et à l'entretien des phénomènes dont l'ensemble a reçu le nom de vie, le seul même qui puisse les entretenir.

Pour l'obtenir à l'état de pureté, on distille du péroxide de manganèse, exempt de carbonate et réduit en poudre, dans une cornue de grès soumise à l'action d'un feu de réverbère. On laisse échapper le premier produit, qui n'est guère que de l'air, et on ne commence à recueillir le gaz que quand l'oxide est près de la chaleur rouge. Deux livres de péroxide donnent à peu près quarante ou cinquante litres d'oxigène, et se réduisent, en partie du moins, à l'état de deutoxide.

pur aurait produits, au dire de quelques écrivains, dans l'asthme dit humide, la chlorose, les affections scrofuleuses, les engorgemens inflammatoires des viscères du bas-ventre, qui sont si communs chez les enfans, le scorbut, etc., on ne peut rien conclure d'un petit nombre de faits isolés, et la plupart même fort mal observés ou mal décrits. D'ailleurs la discussion d'un sujet si important serait déplacée ici; nous devons la renvoyer à l'article THÉRAPEUTIQUE, où nous examinerons quels avantages on peut espérer de la méthode dérivative et de l'application directe des irritans sur les surfaces malades, dans les affections engendrées par un excès de stimulation.

On a proposé de recourir à l'inspiration de l'oxigène dans l'asphyxie. Indépendamment des difficultés attachées à l'administration de ce moyen, quelques faits semblent autoriser à penser qu'il serait plus nuisible qu'utile. La théorie indique, en effet, qu'il ne conviendrait pas d'y recourir dans l'asphyxie produite par un gaz irritant, tel, par exemple, que l'acide hydrosulfurique, et que tout au plus conviendrait-il dans celle qui est occasionée par des gaz nuisibles seulement en raison de leur non respirabilité.

Quant au conseil qu'a donné Selle d'employer l'oxigène pour purifier les salles des hôpitaux, il ne mérite pas d'être discuté. Le but de toute désinfection efficace est encore moins de multiplier la masse de l'air respirable que de détruire les principes délétères suspendus dans l'atmosphère. Or l'oxigène ne peut rien pour remplir cette indication si pressante.

OXIMEL, s. m., *oxymel;* sirop de vinaigre préparé avec le miel. Ce sirop a toujours une odeur vive et pénétrante, parce qu'on n'y ajoute point d'eau, et que l'ébullition nécessaire pour le préparer contribue encore à concentrer davantage le vinaigre. Aussi ne peut-on pas l'employer pur, et il faut toujours y ajouter un liquide aqueux plus ou moins abondant, pour tempérer son action. Administré sous cette forme, il constitue une boisson agréable, qui réunit toutes les propriétés des acidules, et qui convient dans les cas où les acides étendus d'eau sont indiqués.

En préparant l'oximel avec le vinaigre scillitique et colchitique, on lui communique les propriétés de la SCILLE et du COLCHIQUE.

OZÈNE, s. m., *ozœna ;* nom générique des ulcérations de la membrane muqueuse des fosses nasales, du voile du palais et du sinus maxillaire. *Voyez* NEZ.

P

PALAIS, s. m., *palatum*; partie supérieure de la cavité buccale.

Cette région de la bouche a une forme presque parabolique, et un peu plus d'étendue en longueur qu'en largeur. Elle est bornée en devant et sur les côtés par les dents, en arrière par voile du palais. Elle présente une légère concavité, qui dépend principalement de la saillie du rebord alvéolaire. Une ligne blanchâtre et légèrement enfoncée, qui la traverse d'arrière en avant, la divise en deux moitiés latérales, à peu près égales. Elle se compose d'une partie osseuse et d'une partie membraneuse. La première est formée par la portion horizontale des os maxillaires supérieurs et palatins. La membrane muqueuse, qui est assez dense et d'un blanc tirant sur le rouge, adhère fortement au périoste; elle offre à sa surface quelques lignes transversales et les conduits excréteurs de beaucoup de glandes mucipares. A l'extrémité antérieure de la ligne médiane, elle présente, entre les deux dents incisives moyennes, un tubercule peu saillant, qui correspond à l'orifice inférieur des conduits palatins antérieurs.

Les maladies de la voûte palatine sont plus nombreuses et plus graves qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord. Cette partie est souvent fracturée, soit par des coups de feu tirés dans la bouche ou à travers la face, soit par de violentes percussions dirigées sur le visage. Mais, dans ces cas, la lésion de la cloison bucco-nasale doit moins attirer l'attention du chirurgien que l'ébranlement du cerveau qui en est presque inséparable. La voûte palatine est quelquefois divisée suivant sa longueur par l'écartement des os maxillaires et palatins; cette conformation accompagne ordinairement le BEC DE LIÈVRE congénial, et se guérit, après la réunion de ce dernier, en un temps plus ou moins long, suivant l'âge des sujets. Lorsque l'écartement persiste malgré l'agglutination des deux parties de la lèvre, on peut encore s'opposer au passage continuel des alimens dans les fosses nasales, et rendre la déglutition ainsi que la parole plus faciles et plus libres, au moyen d'un OBTURATEUR qui ferme la communication anormale des deux cavités. Après la guérison des ulcères qui ont perforé la voûte palatine, les instrumens de ce genre doivent également être appliqués, afin de remédier à la difformité et à la gêne produites par la perte de substance que les parties ont éprouvées. Les inflammations du palais seront combattues

à l'aide des gargarismes émolliens et des saignées locales. Il convient d'ouvrir promptement les abcès de cette région au moyen de l'instrument tranchant, afin de prévenir l'irritation et peut-être la carie des os qu'ils recouvrent.

Sous la membrane qui tapisse le palais, ou dans son épaisseur, se développent assez souvent des tumeurs plus ou moins volumineuses et de texture variable. Parmi ces productions, les unes constituent de véritables loupes, d'autres sont fibreuses, quelques-unes appartiennent aux fongus hématodes, et sont éminemment disposées à dégénérer en cancers. Les premières sont molles, circonscrites, sans douleur, mobiles sous le doigt, et doivent être extirpées au moyen d'une dissection qui n'est pas sans quelques difficultés, à raison de leur situation plus ou moins profonde. On reconnaît les secondes à leur dureté, à leur indolence ; leur couleur est blanchâtre, et elles n'occasionent d'autre incommodité que de la gêne dans la mastication, et quelquefois dans la déglutition ou la prononciation des sons. Ces tumeurs peuvent acquérir le volume d'une grosse noix, ou même celui d'un œuf de poule. Il est assez facile, après les avoir cernées à leur base, de les emporter entièrement avec le bistouri. Afin de prévenir sûrement leur reproduction, il convient d'appliquer le cautère actuel sur l'endroit d'où elles naissaient, et de désorganiser cette partie de la membrane. Dans un cas de ce genre, le malade ne pouvant se résoudre à supporter l'action du feu, Boyer eut recours à la rugine, au moyen de laquelle il acheva la destruction des racines de la tumeur. Cette opération ne fut suivie d'aucune hémorragie ; le suintement sanguin qu'elle occasiona s'arrêta aisément par des lotions avec l'oxicrat, et par l'application, pendant quelques heures, d'un peu de charpie sèche. La cicatrisation de la plaie fut prompte, et la tumeur ne s'est pas reproduite.

La marche de la maladie n'est pas aussi simple, et la guérison aussi facile, quand il s'agit de tumeurs palatines fongueuses. Celles-ci sont peu compactes, inégales à leur surface, facilement saignantes, et le siége de douleurs profondes, lancinantes, qui se propagent à toute la face et jusque dans les orbites. L'application intempestive des substances irritantes sur les tumeurs fibreuses suffit pour leur faire prendre cet aspect, et déterminer la dégénérescence de leur tissu. Dans ces cas graves, il faut promptement recourir à l'extirpation du fongus, après laquelle on cautérise la plaie au moyen du fer incandescent, ce qui présente le double avantage d'arrêter sûrement l'hémorragie et de consumer les restes de la production morbide. Boyer a fait construire, pour cette opération, un bistouri dont la lame, courbée sur le plat, s'adapte parfaitement à la con-

cavité de la voûte palatine, et il conseille de se procurer deux instrumens semblables, dont l'un soit tranchant à droite et l'autre à gauche, afin de pouvoir agir, suivant le besoin, sur la tumeur, de droite à gauche ou de gauche à droite. Mais le bistouri droit ordinaire peut fort bien remplacer ceux dont il s'agit, et l'on doit éviter de surcharger l'arsenal déjà trop compliqué du chirurgien, d'instrumens spéciaux, toutes les fois que leur usage n'est pas d'une indispensable nécessité.

Au reste, la récidive des tumeurs cancéreuses du palais est très-fréquente; Boyer l'a vue constamment avoir lieu et les opérés succomber alors même qu'il avait cautérisé profondément et à diverses reprises les racines du mal. Toutefois, d'autres praticiens ont été plus heureux. Leviez entre autres a opéré la destruction radicale d'une tumeur de ce genre, qui repullula plusieurs fois malgré l'application réitérée de la ligature, en appliquant sur elle de la potasse caustique. Ce procédé n'est pas sans doute le plus simple et le plus sûr, on doit constamment lui préférer le fer incandescent; mais il démontre que, dans les cas de fongosités même les plus rebelles, il ne faut pas toujours désespérer de sauver le sujet. Guyot a guéri, par la simple extirpation, une tumeur déjà ulcérée, dont le caractère cancéreux ne pouvait être méconnu. Enfin l'instrument tranchant et le cautère actuel peuvent être employés avec avantage, dans ces ulcérations rongeantes du palais, lorsque l'usage des antiphlogistiques et des saignées locales n'a pas suffi pour arrêter leurs progrès.

Les os qui forment la voûte palatine sont, comme la plupart des autres pièces du squelette, susceptibles d'être affectées d'irritation, de gonflement et même de cancer. Dupuytren a observé un cas remarquable de cette dernière maladie. Le jeune homme qui en était atteint portait depuis deux ans un ostéosarcome qui remplissait la partie antérieure des cavités buccale et nasale; la lèvre supérieure était repoussée en avant, les narines écartées et soulevées; plusieurs opérations avaient été faites, et toujours la maladie s'était reproduite : elle envahissait alors le tiers antérieur environ du rebord alvéolaire, et la partie correspondante de la voûte du palais. Le chirurgien que je viens de citer tenta une dernière extirpation de la manière suivante : la lèvre supérieure fut divisée depuis son bord libre jusque dans la narine gauche; ses deux moitiés, disséquées ensuite jusqu'au-delà des limites de la tuméfaction de l'os, furent renversées et maintenues par un aide sur les côtés de la face. Une scie à manche, introduite successivement dans l'une et l'autre narines, fut portée d'avant en arrière et de dehors en dedans jusqu'au milieu de la voûte palatine, de manière à circonscrire l'ostéosarcome dans une sorte de V, qui

avait un pouce et demi d'ouverture en avant, et autant de profondeur. Ayant ainsi enlevé la totalité de la maladie, Dupuytren réunit la plaie de la lèvre au moyen de quelques points de suture, et la cicatrisation s'opéra en un petit nombre de jours. L'air a passé pendant quelque temps de la bouche dans les narines, mais l'ouverture qui faisait communiquer ces deux cavités s'est graduellement oblitérée, et, un mois après l'opération, le malade était guéri, sans présenter aucune trace de repullulation du cancer. Tel est le procédé qui, employé une fois avec succès, pourrait convenir dans tous les cas analogues, en subissant les modifications nécessitées par les dispositions particulières des productions cancéreuses qu'il s'agirait d'emporter.

PALATIN, adj., *palatinus;* qui a rapport ou qui appartient au palais.

On appelle *apophyse palatine*, une éminence large, aplatie, horizontale et très-épaisse en devant, qui partage la face interne du corps de l'os maxillaire supérieur en deux moitiés d'inégale étendue.

Les *artères palatines* sont distinguées en *supérieure* et *inférieure.*

La *supérieure*, fournie par la maxillaire interne, s'en détache derrière le sommet de l'orbite, dans la fosse sphéno-maxillaire. En descendant verticalement dans la fente ptérygo-maxillaire, elle donne trois ou quatre rameaux, qui s'engagent dans les conduits palatins accessoires, d'où ils sortent sur la tubérosité du même nom, pour aller se jeter dans le voile du palais. Quant au tronc lui-même, il s'engage dans le canal palatin postérieur, à sa sortie duquel il se réfléchit d'arrière en avant, entre la voûte et la membrane palatine, en se logeant dans un sillon creusé sur la surface osseuse. Son trajet est très-flexueux, et il donne à la membrane, ainsi qu'aux glandes mucipares du palais, un grand nombre de rameaux, dont un remonte dans les fosses nasales par le trou palatin antérieur.

L'*inférieure*, peu volumineuse, naît de la faciale, ou de la pharyngienne inférieure, et quelquefois de la carotide externe. Aussitôt après son origine, elle se dirige de bas en haut, s'engage entre les muscles stylo-glosse et stylo-pharyngien, auxquels elle donne quelques ramuscules, s'applique contre la partie supérieure et latérale du pharynx, arrive ainsi entre les piliers du voile du palais, et se partage en un grand nombre de ramifications. Celles-ci se jettent dans le pharynx, l'amygdale et la trompe d'Eustache. Quelques-unes cependant remontent dans le voile du palais, où elles se perdent en partie dans ses membranes et ses muscles, en partie aussi s'anastomosent avec l'artère palatine supérieure.

Il y a plusieurs canaux ou *conduits palatins*, qu'on distingue en *antérieur*, *postérieur* et *accessoires*.

Le *canal palatin antérieur* est formé par la réunion de deux gouttières obliques d'arrière en avant, et qui occupent chacune la moitié inférieure de l'épaisseur du côté interne de l'apophyse palatine de l'os maxillaire supérieur. Il se termine, à la voûte palatine, par un orifice situé à l'extrémité antérieure de la suture médiane. Cet orifice est d'abord très-évasé; mais il ne tarde pas à se rétrécir, et il offre alors trois ouvertures, dont deux plus petites, latérales, l'une à droite et en avant, l'autre à gauche et en arrière, qui livrent passage aux nerfs naso-palatins; la troisième, moyenne et postérieure, est plus grande, et fait suite au canal lui-même; elle renferme une substance membraneuse solide, et se bifurque en montant, de manière à s'ouvrir dans chacune des deux fosses nasales séparément.

Le *canal palatin postérieur*, formé par la réunion de deux gouttières de l'os maxillaire supérieur et de l'os du palais, se dirige d'arrière en avant et de haut en bas. Il transmet les nerfs et vaisseaux du même nom.

Les *canaux palatins accessoires* sont produits par le précédent dans son trajet. On en compte deux ou trois, qui s'ouvrent sur la tubérosité de l'os du palais.

Les *nerfs palatins* sont au nombre de trois, le *grand*, le *moyen* et le *petit*, qui naissent de la partie inférieure du ganglion sphéno-palatin.

Le *grand* donne d'abord un filet qui s'introduit dans les fosses nasales, entre les cornets moyen et inférieur, et qui se distribue à tous deux; après quoi il entre dans le canal palatin postérieur; là il fournit encore, lorsqu'il y est renfermé, un second rameau, qui, traversant une petite ouverture de la verticale de l'os du palais, se porte horizontalement le long du bord du cornet inférieur, et va se perdre sur l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Plus loin, il envoie dans un des conduits palatins accessoires, un filet qui se distribue dans le voile du palais. Après avoir quitté le canal, lui-même se porte en devant, sous la voûte palatine, où il se partage en plusieurs rameaux, dont quelques-uns s'anastomosent avec les filets inférieurs du ganglion naso-palatin.

Le *nerf palatin moyen*, situé en arrière du précédent, descend le long de la partie postérieure de la fente ptérygo-maxillaire, s'engage dans un conduit particulier, d'où il sort derrière le crochet de l'apophyse ptérygoïde, et se divise ensuite en deux filets, destinés tous deux à l'amygdale et au voile du palais.

Le *petit nerf palatin*, qui naît encore plus en arrière que

le moyen, descend d'abord entre le muscle ptérygoïdien interne et l'os maxillaire supérieur, puis entre celui-ci et l'os palatin, et se partage en deux filets, l'un pour l'amygdale et les follicules mucipares du palais, l'autre pour la luette.

L'*os palatin* est situé au-dessous de la partie moyenne de la base du crâne, en arrière du maxillaire supérieur. Il a une figure très-irrégulière. On y distingue deux portions, l'une horizontale, l'autre verticale, qui sont jointes ensemble à angle droit.

La portion horizontale est quadrilatère. Elle fait partie du plancher des fosses nasales par sa face supérieure, et de la voûte palatine par l'inférieure. Cette dernière offre, en arrière, une crête transversale à laquelle s'insère le muscle péristaphylin externe, et un peu plus en dehors l'orifice inférieur du canal palatin postérieur. En devant, cette portion s'articule avec l'apophyse palatine de l'os maxillaire supérieur. En arrière, elle se termine par un bord tranchant et échancré, qui donne attache au voile du palais. La partie interne de ce bord présente une éminence qui, par sa réunion avec celle de l'os opposé, produit l'épine nasale postérieure. En dedans, elle s'articule avec la portion correspondante de l'autre os palatin, et supporte une petite crête, qui contribue à former la rainure dans laquelle est reçu le vomer. En dehors, elle se confond avec la portion verticale. Son épaisseur est beaucoup moins considérable au centre qu'à la circonférence.

La portion verticale contribue par sa face interne à la formation des fosses nasales. On y aperçoit en bas un enfoncement large et superficiel qui fait partie du méat inférieur, plus haut une crête horizontale et rugueuse qui correspond au cornet inférieur, et plus haut encore un autre enfoncement qui appartient au méat moyen. Sa face externe, qui s'articule avec l'os maxillaire, offre en arrière une rainure qui concourt à produire le canal palatin postérieur, et en haut une petite surface lisse qui fait partie de la fosse zygomatique. Son bord antérieur se prolonge, par le bas, en une lame osseuse très-mince et très-fragile, que reçoit la scissure du sinus maxillaire, et qui contribue à rétrécir l'entrée de cette cavité. Le bord postérieur repose en grande partie sur le bord interne de l'apophyse ptérygoïde. A l'endroit où il se réunit avec le bord postérieur de la portion horizontale, on aperçoit la tubérosité de l'os palatin, éminence considérable, pyramidale, inclinée en bas et en dehors, qui remplit la bifurcation des deux ailes de l'apophyse ptérygoïde, présente en bas une surface étroite, appartenant à la voûte palatine, et sur laquelle on voit les orifices des conduits palatins accessoires, enfin fait partie de la fosse zygomatique en dehors, où elle donne attache au

muscle ptérygoïdien externe, et se trouve percée par le canal palatin postérieur, qui cesse d'être pratiqué en partie sur l'os maxillaire. Le bord supérieur est surmonté de deux éminences, appelées l'une orbitaire, et l'autre sphénoïdale. Ces deux éminences sont séparées l'une de l'autre par une échancrure, qui, en s'unissant au sphénoïde, donne naissance au trou sphéno-palatin. L'éminence sphénoïdale fait partie des fosses nasales en dedans, et de la fosse zygomatique en dehors; elle s'unit au sphénoïde en haut, où elle offre aussi une rainure qui forme le conduit ptérygo-palatin. Quant à l'apophyse orbitaire, elle est supportée par une portion rétrécie en manière de col ou de pédicule, et offre cinq facettes distinctes : une antérieure, qui s'articule avec l'os maxillaire; une postérieure, qui s'unit au sphénoïde; une externe, qui fait partie de la fosse zygomatique; une interne, qui se joint à l'ethmoïde; enfin une supérieure, qui forme la partie la plus reculée du plancher de l'orbite, et qui est séparée de l'externe par un petit bord concourant à la formation de la fente sphéno-maxillaire.

L'os palatin s'articule avec le sphénoïde, l'ethmoïde, les cornets de Bertin, l'os maxillaire inférieur, le cornet inférieur, le vomer et l'os palatin opposé. Il est très-mince, et formé en grande partie de substance compacte. On n'y trouve de tissu spongieux que dans les apophyses, et un peu dans la portion horizontale. Il se développe par un seul point d'ossification.

La *région palatine*, l'une de celles dans lesquelles les anatomistes divisent la face, se partage elle-même en deux portions, l'une supérieure et horizontale, qui est la voûte du palais, l'autre verticale et inférieure, qui est formée par la face interne des arcades dentaires et alvéolaires, ainsi que par celle de l'os maxillaire inférieur.

La *voûte palatine* est formée par les os maxillaires supérieurs et palatins réunis.

PALATO-PHARYNGIEN, adj. et s. m., *palato-pharyngœus;* nom d'un muscle mince et aplati qui se trouve dans l'épaisseur du pilier du voile postérieur du palais. Chaussier le regarde comme faisant partie du stylo-pharyngien. D'autres l'ont réuni, sous le nom de *pharyngo-staphylin*, avec des fibres charnues provenant de points plus éloignés, et dont Winslow faisait ses muscles pharyngo-staphylin et thyro-staphylin. Il est évident que, si l'on veut continuer d'admettre un muscle distinct sous ce nom, il ne faut considérer comme tel que les fibres charnues appelées par Winslow muscle péristaphylo-pharyngien, et qui naissent du bord postérieur de la voûte palatine, ainsi que de l'aponévrose du muscle péristaphylin

externe. Ces fibres abaissent le voile du palais, en élevant et raccourcissant le pharynx.

PALATO-STAPHYLIN, adj. et s. m., *palato-staphylinus;* nom donné à un petit muscle allongé, pair ou impair, qui occupe l'épaisseur de la luette, et qui s'attache à l'épine nasale postérieure, ainsi qu'à l'aponévrose commune aux deux muscles péristaphylins externes. Il sert à relever et raccourcir la luette, jusqu'au sommet de laquelle il s'étend.

PALETTE, s. f. Les chirurgiens appellent ainsi, ou mieux *poelette*, un vase d'une capacité déterminée, dans lequel on reçoit le sang tiré par la saignée, afin de connaître et mesurer exactement la quantité de ce liquide qu'on soustrait à l'économie. Cependant, par une inconséquence fort singulière, la capacité de ce petit vase n'a jamais été convenue de manière à pouvoir être regardée comme fixe et invariable, quoiqu'on l'évalue généralement à quatre onces. On s'en sert rarement aujourd'hui, si ce n'est dans quelques hôpitaux, et l'on se contente d'apprécier au simple coup d'œil la quantité de sang qu'on retire. Cette méthode, quoique moins exacte, n'entraîne aucun inconvénient, mais elle demande un peu d'habitude. L'usage de la poelette rappelle les temps où l'on avait la prétention de réduire tous les procédés de la médecine, comme tous ceux de la nature vivante, à une précision mathématique.

On donne aussi le nom de *palette* à une petite planche de bois, taillée à cinq languettes écartées les unes des autres, sur laquelle on fixe les doigts de la main, lorsqu'ils ont été dénudés par une brûlure considérable, ou de toute autre manière, afin d'empêcher qu'ils ne contractent des adhérences ensemble, et pour obliger, autant que possible, les cicatrices à s'allonger.

PALEUR, s. f., *pallor;* décoloration habituelle ou accidentelle, générale ou partielle, de la peau, qui paraît être dépourvue de sang. On ne se sert guère de ce mot que pour désigner la décoloration des parties habituellement ou communément les plus colorées de la peau. Ainsi on dit pâleur de la face, des joues, de la langue, des lèvres, des mains. Ce mot ne s'emploie guère en parlant des autres parties de ce tissu, quoique toutes soient susceptibles de se décolorer, et se décolorent en effet dans certains cas. Les causes de la pâleur sont le froid, et surtout le froid humide; l'action locale des astringens; la compression immédiate; une ligature placée de manière à s'opposer au retour du sang vers la partie; la privation prolongée de la lumière; la cessation de l'influence nerveuse sur un membre; toute passion qui fait que le sang est dirigé de préférence vers les cavités intérieures, telles que la peur, la crainte, et chez quelques personnes l'indignation, la co-

lère; toute irritation ou inflammation qui détermine l'afflux du sang vers les viscères abdominaux et pectoraux, et même vers l'encéphale, comme on l'observe dans certaines apoplexies; les douleurs très-vives; les hémorragies; la prédominance notable de la sérosité sur la fibrine dans le sang; enfin, la suspension de l'action cérébrale, circulatoire ou respiratoire.

Quelle que soit la cause de la pâleur, elle ne peut avoir lieu sans que la peau ne reçoive une trop petite quantité de sang; c'est l'absence ou l'insuffisance du sang qui la provoque; elle indique toujours, soit une action répulsive directe exercée sur la peau, soit une action irritante interne, l'une ou l'autre habituelle ou passagère. Même en santé, caractère habituel de certaines constitutions, la pâleur est un phénomène très-commun dans l'état de maladie. Dans l'une comme dans l'autre, si l'on croit devoir s'en occuper, il faut en même temps diminuer l'afflux habituellement ou accidentellement trop actif du sang dans les viscères, et l'appeler vers la peau. On satisfait à cette double indication par les frictions avec la main, une flanelle, une brosse, par le massage, la percussion, les lotions chaudes, légèrement alcooliques, les bains généraux ou partiels, chauds, végétaux ou minéraux, excitans, les bains de vapeurs aromatiques; par les moyens internes adoucissans, les boissons chaudes, les émissions sanguines locales propres à dissiper les inflammations viscérales, et les divers moyens appropriés à la cessation de l'action nerveuse, respiratoire et circulatoire. Il est une pâleur très-rebelle, c'est celle qui dépend de l'irritation chronique des organes digestifs; mais, dans toute maladie grave, on est bien éloigné de s'occuper directement de la pâleur.

Il est quelques personnes qu'aucune émotion, qu'aucune circonstance ne peut colorer; leur visage, constamment pâle, offre une impassibilité qui dénote souvent une grande constance, et parfois aussi une dissimulation à toute épreuve. Il en est d'autres qui pâlissent et rougissent avec la plus grande facilité, et pour les causes les plus légères; les enfans, les jeunes filles, et beaucoup de femmes sont dans ce cas. Dans la vieillesse, la pâleur n'est pas d'un mauvais augure, elle est même préférable à l'excès contraire, quand d'ailleurs les fonctions se font bien. A aucun âge, et dans aucune circonstance, la pâleur n'est un signe fâcheux, quand elle n'est pas accompagnée de phénomènes de mauvais augure. Au début de la plupart des inflammations qui sont assez intenses, assez étendues pour donner lieu à l'accélération de la circulation, la pâleur, accompagnée du frisson, précède presque toujours le développement de leurs phénomènes caractéristiques. Dans les inflammations de la peau, lorsque celle-ci pâlit graduelle-

ment dans ses parties enflammées, on peut annoncer la guérison si les autres phénomènes coïncident, à moins que la décoloration ne se fasse subitement au fort de l'éruption, car alors on doit craindre les suites souvent fâcheuses de la délitescence. Dans toute inflammation pendant laquelle la pâleur persiste, on doit penser que l'afflux continue à se faire, que la maladie sera profonde, intense, peut-être mortelle, souvent chronique, si on ne parvient à rappeler le sang vers la périphérie. Dans toute irritation intermittente, lorsque la pâleur se prolonge durant tout ou presque tout l'accès, on doit craindre qu'il ne se termine d'une manière fâcheuse, que l'irritation ne devienne continue, ou, ce qui est pis encore, qu'elle ne devienne insurmontable dans les accès prochains, ou, comme on le dit, qu'elle ne devienne pernicieuse.

Lorsqu'à la pâleur se joignent la sécheresse, la rudesse et le froid de la peau, il faut absolument la mettre en contact avec un liquide chaud; si la lividité s'y joint, c'est d'un très-mauvais augure, pour peu que la respiration ou la circulation se ralentissent ou s'embarrassent.

L'alternative de la pâleur et de la coloration habituelle ou excessive surtout, est très-fâcheuse dans les irritations céphaliques, maladies qui l'offrent le plus ordinairement; les excitans de la peau sont alors, tantôt insuffisans, tantôt nuisibles; de l'eau froide versée ou de la glace passée sur la tête pendant qu'on tient le corps plongé dans un bain chaud, est ce qu'il y a de mieux à faire alors indépendamment des autres moyens indiqués par la nature et le siége du mal. On peut aussi donner un lavement d'eau froide, puis plonger le sujet dans un bain chaud, et mettre de la glace sur la tête. Malgré tous ces moyens, la pâleur et la mort finissent presque toujours par l'emporter.

La prolongation de la pâleur, chez les convalescens, annonce que le viscère qui a été irrité n'est pas encore revenu à l'état normal; que l'estomac ou le poumon ne remplissent pas encore convenablement leur fonction, et par conséquent la nécessité de redoubler de précaution pour éviter une rechute. C'est surtout en pareil cas que les excitans sagement employés, et de manière à ne pas affaiblir en provoquant la sueur, peuvent être avantageux et doivent être prescrits.

PALLADIUM, s. m.; métal découvert, en 1803, par Wollaston, dans le minerai de platine, où il existe en très-petite quantité seulement.

Ce métal est dur, malléable et d'une couleur blanche, analogue à celle du platine. Il a une cassure fibreuse. Sa pesanteur spécifique est de 11,3 : 11,8. Il est très-difficile à fondre, et inaltérable par l'action de l'air et de l'oxigène, quelque

élevée que soit la température. Son véritable dissolvant est l'acide hydro-chloro-nitrique. Comme il est sans usages, nous n'insisterons pas plus long-temps sur son histoire, qui est très-peu connue, et nous n'indiquerons pas non plus les procédés assez compliqués que Wollaston et Vauquelin ont imaginés pour l'obtenir pur.

PALLIATIF, adj. et subst. Se dit de tout agent moral, hygiénique, chirurgical ou médicamenteux qui adoucit, diminue une maladie, rend la douleur supportable ou la fait cesser, sans procurer la guérison. *Moyen palliatif*, *traitement palliatif*, *méthode palliative;* il est impropre de dire *cure palliative*.

La méthode *palliative* est la dernière ressource à laquelle on doit toujours recourir après avoir inutilement mis en usage la *méthode* que l'on espérait devoir être *curative*. La méthode palliative se compose ordinairement des moyens adoucissans, réfrigérans, laxatifs, calmans, du repos et d'un régime modéré. Elle varie d'ailleurs autant que les cas qui la réclament en raison de la nature et de l'intensité du mal. Quand on n'a pas du tout espoir de guérir, la plus pressante médication est de ralentir les progrès inévitables du mal, et de calmer la douleur.

PALMAIRE, adj., *palmaris;* qui appartient à la paume de la main.

L'*aponévrose palmaire*, qui recouvre la paume de la main, est très-forte, très-dense, et de figure triangulaire. Elle tire son origine de l'épanouissement du tendon du muscle palmaire grêle, et du ligament annulaire antérieur du carpe; elle est, en outre, fortifiée par quatre ou cinq faisceaux obliques qui se détachent de la partie inférieure de l'aponévrose antibrachiale. Elle descend, en s'élargissant et s'amincissant peu à peu, jusqu'au bas du métacarpe. Là ses fibres s'écartent, et donnent naissance à quatre languettes, unies par de nouvelles fibres transversales, qui se bifurquent, vers les articulations métacarpo-phalangiennes, pour livrer passage aux tendons fléchisseurs des doigts. Chaque branche de la bifurcation se contourne en arrière, et va se perdre dans le ligament métacarpien transverse et inférieur, en formant, tant avec lui qu'avec les fibres transversales d'union, des trous par lesquels passent les muscles lombricaux. Cette aponévrose donne beaucoup de solidité à la paume de la main.

Les *arcades palmaires* sont les terminaisons des artères radicale et cubitale. On les distingue en *profonde* et *superficielle*.

L'*arcade palmaire profonde* est formée par l'une des deux branches dans lesquelles l'artère radiale se partage en arrivant à la paume de la main. Cette branche marche transversalement

de l'index jusqu'auprès du doigt annulaire, en décrivant une légère courbure, dont la convexité regarde en bas. Elle repose sur les extrémités des os du métacarpe et sur les muscles interosseux, et elle est recouverte tant par le muscle adducteur du pouce que par les tendons des deux muscles fléchisseurs des doigts, et par les muscles lombricaux. Elle fournit un grand nombre de rameaux, dont les supérieurs, très-grêles, montent devant le carpe, et se distribuent à ses ligamens ainsi qu'aux muscle adducteur, court fléchisseur et opposant du pouce : les antérieurs, très-courts et très-petits, appartiennent exclusivement aux muscles lombricaux ; les postérieurs, au nombre de trois, sont désignés sous le nom d'artères perforantes, parce qu'ils traversent les muscles interosseux correspondans, et vont s'anastomoser, au dos de la main, avec les rameaux de la dorsale du carpe ; les inférieurs enfin, ordinairement au nombre de cinq, sont les plus longs et les plus volumineux; quatre d'entre eux, les premiers, descendent dans les espaces interosseux, depuis le second jusqu'au quatrième, et lorsqu'ils sont arrivés aux articulations métacarpo-phalangiennes, se partagent en plusieurs ramuscules destinés aux doigts; quant au cinquième, il passe entre le court fléchisseur et l'opposant du petit doigt, et se perd dans ces deux muscles. Vers le bord interne de la main l'arcade palmaire profonde s'anastomose avec une branche de l'artère cubitale, au-dessous des deux muscles qui viennent d'être désignés.

L'*arcade palmaire superficielle* est produite par la cubitale. Celle-ci, après avoir dépassé l'os pisiforme, descend d'abord perpendiculairement au devant du ligament annulaire antérieur du carpe, puis elle se recourbe en dehors dans la paume de la main, et forme ainsi cette arcade, dont la concavité, tournée en haut, ne donne que de petits rameaux destinés aux muscles lombricaux et au ligament annulaire. Mais sa convexité, qui regarde en bas, fournit des branches considérables, ordinairement au nombre de cinq, qu'on appelle artères COLLATÉRALES des doigts.

Trois muscles portent le nom de *palmaire*. Ce sont le *grand palmaire*, plus connu sous celui de RADIAL *antérieur*, le *petit palmaire* ou *palmaire grêle*, et le *palmaire cutané*.

Le *palmaire grêle*, muscle mince, grêle et allongé, est situé en dedans du radial antérieur, à la face interne de l'avant-bras, où il s'étend depuis le condyle externe de l'humérus jusqu'à la partie supérieure de l'aponévrose palmaire. Vers le milieu de l'avant-bras, il dégénère en un tendon large et mince. Très-souvent on ne le rencontre pas. Quelquefois il est remplacé par un tendon du fléchisseur sublime des doigts. Dans d'autres circonstances, au contraire, il est beaucoup plus

développé que de coutume, plus mince, à la vérité, mais fort large, et il descend presque jusque dans la paume de la main. Il tend l'aponévrose palmaire, et fléchit la main sur l'avant-bras, ou l'avant-bras sur la main.

Le *palmaire cutané* se compose de quatre ou cinq petits faisceaux charnus, qui ne sont pas constans, et qu'on trouve immédiatement sous la peau, à la partie interne et supérieure de la paume de la main. Ces faisceaux, qui sont transversaux, parallèles, et séparés les uns des autres par de la graisse, naissent du ligament annulaire antérieur du pouce et du bord interne de l'aponévrose palmaire, et se terminent dans le derme de la peau. Ils froncent cette dernière.

Quatre nerfs ont reçu l'épithète de *palmaire*. Ce sont le *palmaire cutané*, le *palmaire cubital*, le *palmaire profond*, et le *palmaire superficiel*.

Le *palmaire cutané*, fourni par le nerf médian, à la partie inférieure de l'avant-bras, est assez considérable. Il sort entre les tendons du muscle fléchisseur superficiel des doigts, et, après un trajet plus ou moins long, va se perdre dans les tégumens de la paume de la main.

Le *palmaire cubital*, assez volumineux pour être considéré comme la continuation du tronc du nerf cubital, est placé le long du tendon du muscle cubital antérieur, et s'engage entre le ligament annulaire et les tégumens, à côté de l'os pisiforme. Avant d'arriver à la paume de la main, il se divise en deux gros rameaux, qui sont le *palmaire superficiel* et le *palmaire profond*.

Le *palmaire superficiel*, après avoir dépassé l'os pisiforme, donne un filet aux muscles du petit doigt. Non loin de là, il se divise en deux rameaux secondaires, l'un interne et l'autre externe. Le premier, passant au devant des muscles de la région palmaire interne, auxquels il donne des filets, va gagner le bord interne du petit doigt, à l'extrémité duquel il s'anastomose par arcade avec le rameau externe. Ce dernier, plus considérable, descend perpendiculairement sous l'aponévrose palmaire, fournit un filet qui s'anastomose avec le dernier rameau digital du nerf médian, en donne un autre au quatrième muscle lombrical, et se bifurque ensuite. L'une de ses ramifications descend le long du côté externe du petit doigt, et l'autre marche le long du côté interne du doigt annulaire.

Le *palmaire profond* passe derrière l'extrémité supérieure du muscle opposant du petit doigt, s'enfonce derrière le faisceau des tendons fléchisseurs et des muscles lombricaux, et, se recourbant ensuite en dehors, forme une sorte d'arcade dont la concavité regarde en haut. La convexité de cette arcade, tournée en bas, fournit d'abord deux filets qui se distribuent

aux muscles du petit doigt, en donne plus loin quatre autres qui s'enfoncent dans l'épaisseur des muscles interosseux, où ils se perdent vers le dos de la main, et se termine par plusieurs ramifications qui se répandent dans les muscles abducteurs de l'index et adducteur du pouce.

La *région* ou *face palmaire de la main* est ordinairement désignée sous le nom de *creux* ou PAUME *de la main.*

PALPÉBRAL, adj., *palpebralis;* qui appartient aux paupières.

Les *artères palpébrales* sont distinguées en supérieure et inférieure. La *supérieure* naît de l'ophthalmique à côté et un peu en avant de l'inférieure, et provient assez souvent d'un tronc qui lui est commun avec cette dernière. Après avoir envoyé un rameau dans la moitié supérieure du muscle orbiculaire des paupières, et quelques ramuscules au sac lacrymal, à la caroncule du même nom et à la conjonctive, elle s'enfonce horizontalement entre les fibres de l'orbiculaire, et ne tarde pas à se diviser en deux rameaux, dont l'un cotoie en devant le fibro-cartilage tarse supérieur, près de son bord libre, et immédiatement au-dessus des cils, tandis que l'autre, plus grêle, contourne le bord adhérent et convexe de ce même fibro-cartilage.

L'*inférieure* provient de l'ophthalmique, un peu au-delà de la poulie cartilagineuse du muscle grand oblique, descend presque perpendiculairement derrière le tendon de l'orbiculaire des paupières, fournit quelques ramifications à ce muscle, ainsi qu'au sac lacrymal et à la caroncule, et se partage ensuite en deux rameaux; l'un se perd dans la moitié inférieure du muscle orbiculaire; l'autre marche le long du bord adhérent du fibro-cartilage tarse inférieur, en se distribuant à ce fibro-cartilage, aux glandes de Meibomius, à la conjonctive et à la peau.

Ces deux artères s'anastomosent avec la lacrymale, la branche sourcilière de la frontale, et même quelques rameaux de la temporale. Elles forment, sur chaque paupière, deux arcades qui communiquent ensemble par une multitude de ramuscules, et produisent ainsi un réseau vasculaire très-compliqué à la surface de ces deux voiles mobiles.

Le muscle ORBICULAIRE *des paupières* a été désigné, par quelques anatomistes, sous le nom de *muscle palpébral.*

Il n'y a pas de nerfs qui portent spécialement l'épithète de *palpébraux*. Les ramuscules nerveux qui se rendent aux paupières proviennent de la branche frontale de l'ophthalmique et du sous-orbitaire.

Les *veines palpébrales* suivent le trajet des artères auxquellesclles correspondent.

PALPITATION, s. f., *palpitatio*, *cardiogmus*, *palmos*. On donne ce nom à deux mouvemens insolites du cœur fort différens l'un de l'autre, et qui n'ont de commun que de se faire sentir à la personne chez laquelle ils ont lieu. L'un est un mouvement régulier, normal sous tous les rapports, excepté sous celui de la force; c'est le battement ordinaire du cœur, mais violent, visible à l'œil de l'observateur, et même à celui du malade, et donnant lieu à une perception pénible très-remarquable, durant laquelle le sujet sent douloureusement la présence de son cœur dans sa poitrine; l'autre est un mouvement irrégulier, une véritable convulsion, une alternative de contractions brusques, fortes, et de relâchemens lents et tardifs, avec un sentiment analogue à celui dont nous venons de parler, mais plus pénible, plus étrange, et auquel succède parfois l'évanouissement. Les palpitations sont donc ou un excès dans la force des contractions d'ailleurs régulières du cœur, ou une inégalité, une irrégularité de ces contractions plus fortes qu'à l'ordinaire. Si ce phénomène morbide était mieux connu, on saurait s'il n'est pas, dans beaucoup de cas, borné à une seule des quatre parties du cœur; on saurait distinguer la palpitation du ventricule droit de celle du ventricule gauche; on saurait si les oreillettes en sont ensemble ou séparément le siége unique; on ignore tout cela, au moins d'une manière positive, car le sthétoscope paraît devoir fournir un moyen de reconnaître le siége des palpitations quand elles sont ou très-fréquentes, ou habituelles, ou si faciles à provoquer, qu'on les renouvelle presqu'à volonté.

Les palpitations ne sont point une maladie, c'est le symptôme d'une action trop vive, égale ou inégale, du cœur. Ces variétés de l'action de ce viscère ont lieu, tantôt dans les cas où il est déjà malade, et parce qu'il est malade, tantôt dans les cas où il est sain, mais momentanément affecté, soit par une émotion morale que lui transmet le cerveau, soit par la souffrance actuelle d'un autre organe. Toutes les fois que le cœur est malade, la plus légère sympathie, la plus faible émotion suffit pour le faire palpiter; mais il faut à cette occasion faire remarquer que beaucoup de personnes dont le cœur bat très-fort ou irrégulièrement, ne s'en aperçoivent, ou du moins ne s'en plaignent pas, soit parce que leur sensibilité obtuse ne perçoit pas distinctement le malaise que causent les palpitations, et ne leur permet pas d'en assigner le siége, soit parce qu'elles y sont habituées, et prennent ce qu'elles éprouvent pour un état normal.

Des palpitations fortes, habituelles, très-fréquentes, doivent engager à explorer avec soin le cœur; elles sont souvent, mais non toujours, le symptôme d'un défaut de proportion dans

la conformation des diverses parois du cœur; elles annoncent toujours que le cœur est très-irritable, mais il faudrait bien se garder de les considérer toujours comme des preuves infaillibles d'une maladie irrémédiable du cœur. L'observation de plusieurs médecins sur eux-mêmes démontre que l'on peut éprouver de vives palpitations pendant une, deux, trois, cinq, et même dix années, sans que, pour cela, le cœur soit lésé dans sa texture ou sa conformation, sans que ce viscère menace d'une mort prématurée. Il en est des palpitations comme de tous les symptômes sans exception, qui, chacun isolément, n'ont, dans la presque totalité des cas, aucune valeur positive.

On a voulu imaginer une maladie sous le nom de palpitations nerveuses ou essentielles du cœur; elles sont toutes nerveuses, car un muscle ne peut se mouvoir sans que ses nerfs n'y participent, à moins qu'il n'en soit isolé. Aucune palpitation n'est essentielle; donner ce nom à celle qui a lieu chez l'homme en santé, dont le cœur palpite par suite d'un état de chagrin habituel, par exemple, ou par excès de sanguification, c'est précisément ériger en mal idiopathique un phénomène morbide purement secondaire.

Lorsque le cœur n'est pas lésé dans sa substance, les palpitations qu'un rien éveille se calment avec la plus grande facilité, sous l'empire du plus faible stimulant diffusible appliqué sur la membrane muqueuse digestive: il suffit de la plus petite diversion. Lorsque le cœur est malade, les palpitations ne peuvent cesser tout à fait que par la guérison de l'organe; il en est de ce symptôme comme de tous les autres. Si les palpitations se développent par l'influence sympathique d'un organe malade sur le cœur, les révulsifs sont souvent utiles, mais ils ne réussissent pas toujours; et si le sujet meurt sans qu'on ait soupçonné le siége et la nature du mal pendant la vie, sans qu'après la mort, on trouve les traces de sa présence dans l'organe qu'il affectait, comme on ne peut nécessairement rien trouver au cœur, qui n'a été en souffrance que par instans et secondairement, on s'imagine, quand on se paie d'apparences, que le sujet a succombé à une palpitation nerveuse. *Voyez* COEUR.

Le cœur n'est pas la seule partie du corps où l'on remarque des palpitations; les artères, surtout celles des tempes et les carotides, peut-être aussi l'aorte et plusieurs autres artères, en sont parfois le siége. Les palpitations des artères sont un des faits qui tendent à prouver que ces vaisseaux se meuvent au moins en partie d'eux-mêmes et indépendamment de l'action du cœur; on les observe dans l'anxiété, dans le frisson, dans les inflammations encéphaliques, dans le délire. Elles sont souvent l'annonce, et plus souvent encore le symptôme d'un afflux consi-

dérable vers le cerveau, ou d'un état de surexcitation nerveuse.

Lancisi, Homberg et Morand ont parlé du battement des jugulaires; ce n'est point là une palpitation, ce n'est que l'effet du refoulement du sang quand le ventricule droit ne s'en débarrasse pas comme à l'ordinaire. Il ne paraît pas que les veines soient susceptibles de véritables palpitations.

Il n'en est pas de même des muscles, dont les faisceaux charnus éprouvent assez fréquemment des convulsions légères, momentanées, que tout le monde peut-être a éprouvées; ce qu'on appelle la *souris*, c'est-à-dire, le battement que l'on sent et l'agitation que l'on voit à la paupière inférieure, chez quelques personnes, soit passagèrement, soit habituellement, ce qui est plus rare, n'est qu'une palpitation des fibres du muscle orbiculaire palpébral. On ressent des palpitations dans les muscles du mollet, dans ceux du bras, et bien plus encore de la fesse, à la suite d'un exercice violent et irrégulier. Les crampes sont voisines de la palpitation; ce sont des palpitations avec persistance momentanée de la contraction convulsive.

Des observations nombreuses tendent à établir que l'estomac affecté d'inflammation chronique est susceptible de palpitations dans ses faisceaux musculaires, et que c'est à elles qu'on doit attribuer les battemens que l'on observe à l'épigastre, et qu'avec de l'attention on distingue parfaitement des battemens du cœur, qui s'étendent parfois jusqu'à cette région. Ces battemens en ont souvent imposé pour un anévrisme du tronc cœliaque.

Les palpitations des muscles soumis à la volonté ont cela de remarquable et de caractéristique, qu'elles sont toujours involontaires. Il en est de rebelles; telles sont celles qui accompagnent la névralgie faciale. Elles sont toujours le signe d'une irritation nerveuse, car elles apparaissent le plus ordinairement à la suite d'excès dans lesquels le système nerveux a souffert.

PAMPINIFORME, adj., *pampiniformis*. On donne le nom de *corps pampiniforme* au second plexus que les veines SPERMATIQUES forment vers le milieu de leur trajet, au-dessus du rein.

PANACÉE, s. f., *panacea*; remède universel. Ce mot est au nombre de ceux à l'égard desquels une simple définition dispense d'entrer dans aucun détail. Peut-il venir, en effet, à l'esprit d'un homme versé dans la connaissance des ressorts compliqués de l'économie animale, d'admettre qu'une substance quelconque soit susceptible de remédier à toutes les anomalies que les parties simples ou composées, et les organes

ou appareils formés par la réunion de ces dernières, sont susceptibles d'éprouver dans leur composition chimique, leur texture ou disposition physique, et leurs actions qui sont la conséquence immédiate et nécessaire des deux conditions précédentes?

Les pharmaciens ont donné ce nom à plusieurs médicamens. La *panacée de Glauber* est le sulfate de soude; la *panacée mercurielle*, le proto-chlorure de mercure; la *panacée anglaise*, la magnésie calcinée impure, etc.

PANAIS, s. m., *pastinaca*; genre de plantes, de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères; calice entier, à peine visible; pétales roulés en dedans; fruit elliptique, comprimé, formé de deux semences appliquées l'une contre l'autre, et entourées d'un petit rebord membraneux.

Le *panais cultivé*, *pastinaca sativa*, qu'on cultive dans presque toute l'Europe, à cause de ses usages alimentaires, a une racine pivotante, charnue, blanchâtre, jaunâtre ou rougeâtre. Cette racine, dont l'odeur et la saveur ne sont pas désagréables, si ce n'est pour certaines personnes, est employée dans les cuisines, à titre plutôt d'assaisonnement que d'aliment. Jadis on la regardait comme diurétique, emménagogue et fébrifuge. Le temps l'a bannie tout à fait de la matière médicale, où rien n'autorise à penser qu'elle reprenne place un jour. Les graines du panais ont été présentées comme un bon fébrifuge par Garnier; on sait que tous les excitans, végétaux, animaux et minéraux, ont été emmagasinés dans cet immense réservoir de l'empirisme.

PANARIS, s. m., *panaritium*, *paronychia*; inflammation du tissu cellulaire dense, serré et abondant en filets nerveux, qui entre dans la composition des extrémités pulpeuses des doigts ou des orteils. On s'est long-temps efforcé de diviser les panaris en plusieurs espèces: Goucy et Callisen en reconnaissaient cinq, Heister trois, Astruc et Juncker deux, Dionis une seulement, Ledran, David, Lafaye et l'Académie de chirurgie quatre. Ces variations sur une maladie aussi fréquente et aussi facile à étudier que le panaris, démontrent que, sous le nom d'espèces, les auteurs ont confondu les divers degrés de cette affection, dont le siége primitif et la nature sont toujours identiques. Telle est du moins l'opinion de Boyer et de la plupart des écrivains de l'époque actuelle.

Les doigts sont plus fréquemment que les orteils affectés de la maladie qui nous occupe, à raison sans doute de leur sensibilité plus grande, et de la facilité avec laquelle ils peuvent être blessés par les corps extérieurs. Parmi les premiers de ces organes, le pouce, l'indicateur et le médius présentent le plus

grand nombre d'exemples d'inflammations, parce que ce sont ceux dont on se sert le plus souvent. Le panaris n'est pas toujours produit par des causes externes: je l'ai vu survenir chez une jeune fille atteinte de cette nuance de l'irritation gastrique qui provoque souvent des furoncles, sans avoir été précédé d'aucune lésion locale, et affecter successivement presque tous les doigts de l'une et l'autre mains. Les faits de ce genre sont assez rares, mais on ne saurait les révoquer en doute, et d'ailleurs on ne voit pas pourquoi le tissu cellulaire des extrémités des doigts ne pourrait pas, comme celui des autres parties du corps, s'enflammer sympathiquement sous l'influence d'une irritation de l'estomac ou de toute autre affection analogue. N'est-ce pas en provoquant des effets de ce genre que les constitutions atmosphériques froides et humides, que certaines variations dans l'état de l'air semblent exercer quelque influence sur le développement du panaris? Quoi qu'il en soit, cette lésion est dans la grande majorité des cas déterminés par des piqûres, des contusions, des dilacérations de la pulpe des doigts. Elle est fréquente chez les cordonniers, les tailleurs, les menuisiers, et tous les ouvriers qui ont habituellement entre les mains des corps aigus susceptibles de les piquer. Le danger est d'autant plus grand que l'instrument piquant a plus profondément pénétré au milieu des parties, ou qu'il s'y est cassé, ou enfin qu'il était imprégné de quelques matières âcres, ou corrosives et irritantes.

Lorsque la maladie se borne à la partie la plus superficielle du doigt, un léger prurit annonce son développement. La peau devient bientôt rouge, tendue, luisante; une douleur âcre, pulsative, analogue à celle de la brûlure, se fait sentir. En trois ou quatre jours l'épiderme se détache; entre lui et le corps de la peau s'épanche une sérosité roussâtre, dont l'évacuation est suivie d'une suppuration peu considérable, et bientôt après de la chute des accidens et d'une prompte guérison. Ce degré, le plus léger du panaris, n'a jamais de résultats graves: lorsqu'il se développe autour de l'ongle, ainsi qu'on l'observe souvent après l'arrachement des envies, il détermine presque toujours la chute de cet organe, qui se reproduit facilement, de manière à ne laisser dans la partie aucune difformité.

Chez les sujets où l'inflammation envahit profondément le tissu cellulaire sous-cutané de l'extrémité du doigt, des phénomènes beaucoup plus intenses se manifestent. La douleur locale est intolérable, le gonflement et la tension parviennent au plus haut degré, l'organe phlogosé prend une teinte brunâtre; ses artères collatérales battent avec une grande force, et chacune de leurs pulsations semble provoquer la déchirure

des parties. Tous les tissus qui entrent dans la composition du doigt sont alors irrités, gorgés de sang, et étranglés par les tégumens inextensibles qui les enveloppent. Les parties fibreuses, telles que le périoste, les tendons et leurs gaînes, que les anciens croyaient être ordinairement le siége primitif du panaris, demeurent dans leur état normal, et ne participent que plus tard à l'inflammation qui les environne. Comprimés par la peau, les tissus irrités pressent en effet à leur tour le centre du doigt, de manière à ce que l'irritation, se communiquant aux lames fibreuses qui entourent les phalanges et les tendons, détermine leur destruction ainsi que la nécrose des os. Pendant que ce travail s'opère, le malade est en proie à l'agitation, à l'insomnie; une fièvre violente s'allume; quelquefois des spasmes, des convulsions ou un délire furieux surviennent; la mort enfin a eu lieu chez plusieurs sujets durant cette période. L'inflammation ne se borne bientôt plus au doigt irrité; elle gagne la base de cet organe, la paume de la main, l'avant-bras, le bras et même l'aisselle. Les ganglions lymphatiques de ces dernières parties se tuméfient, deviennent douloureux, suppurent; partout, sur les traces de l'irritation et de la phlogose, se forment des abcès autour des tendons et des nerfs, et la suppuration prolongée qui en résulte peut, ainsi que je l'ai observé, épuiser les forces du sujet et le conduire au tombeau.

Le panaris est presque toujours une affection très-aiguë. Sa durée varie suivant la profondeur à laquelle l'inflammation pénètre, le nombre des parties qu'elle envahit successivement, et la nature des désordres qui en résultent. Il est rare que la maladie se termine par résolution, excepté dans les cas où elle serait fort légère. La sécrétion du pus est son résultat le plus fréquent: l'abcès qui lui succède est tantôt sous-cutané, tantôt il pénètre jusqu'aux tissus fibreux, tantôt enfin ceux-ci sont frappés de mort, et les phalanges paraissent cariées ou nécrosées. Lorsque la phlogose s'est propagée vers la main, on voit, chez un assez grand nombre de sujets, le doigt tout entier, et même une partie de l'os du métacarpe qui le soutenait se détacher. La gangrène des parties enflammées dans le panaris est une terminaison moins fréquente que la suppuration. Cependant il n'est pas très-rare d'observer des escarres gangréneuses plus ou moins étendues sur les tégumens qui ont été enflammés et distendus outre mesure. Après l'ouverture des abcès, on trouve presque toujours des portions de tissu cellulaire et aponévrotique, privées de la vie, qui se détachent par lambeaux grisâtres, ramollis, et dont il est souvent nécessaire de hâter la séparation en les coupant avec des ciseaux au fond de la plaie.

Le traitement du panaris doit toujours être fort actif : l'inflammation avec étranglement qui constitue cette affection exige le prompt emploi des moyens les plus énergiques, les plus propres à faire avorter l'irritation locale. Il convient de combattre d'abord ses causes. Ainsi on remédiera aux affections gastriques dont l'inflammation digitale est un des effets ; on fera l'extraction des corps étrangers, qui peuvent être demeurés dans l'organe. S'il y a eu inoculation de matières âcres ou putrides, des lavages réitérés dans l'eau tiède, et, au besoin, la cautérisation de la plaie feront disparaître cette fâcheuse complication. Ces premiers moyens étant employés, on s'occupe d'arrêter les progrès de la maladie elle-même. Les émolliens et les narcotiques, mis en usage au début de la phlegmasie, ne suffisent que dans les cas où la congestion est modérée et la douleur peu vive. La thériaque délayée, le cataplasme de ciguë ou de jusquiame, la dissolution d'extrait aqueux d'opium, dans laquelle on fait plonger toute la main, peuvent alors réussir. Lorsque le doigt vient d'être blessé ou fortement contus, son immersion prolongée dans de l'eau à la glace est un des moyens les plus assurés que nous possédions pour prévenir le développement de l'irritation inflammatoire. La compression égale et modérée des doigts de la main et de l'avant-bras, conseillée par Théden et Callisen, favorise alors l'emploi des réfrigérans, et peut devenir fort utile comme moyen prophylactique. Mais, lorsque enfin l'inflammation apparaît, s'accroît avec rapidité, et menace de devenir très-intense, le meilleur moyen que l'on puisse lui opposer est de couvrir le doigt de douze à quinze sangsues, dont on fait long-temps saigner les piqûres, et après lesquelles on a recours aux applications narcotiques. Ces saignées locales abondantes ont souvent dissipé en quelques heures des phlegmasies que tout annonçait devoir être étendues et profondes.

Lorsque, malgré l'emploi de ces premiers moyens, l'inflammation du doigt se développe et continue sa marche, il faut tout essayer pour entraver ses progrès. Deux méthodes se sont, à la fin du dernier siècle, disputé, dans ce cas, l'assentiment des praticiens. L'une consiste dans l'application du caustique sur la tumeur; suivant l'autre, on débride les tissus enflammés au moyen de l'instrument tranchant. Durant les dernières années de l'existence de l'Académie de chirurgie, Foubert annonça à cette Société les avantages qu'il avait retirés de l'application des trochisques de deuto-chlorure de mercure et de mie de pain sur les panaris. Ce praticien les employait, soit immédiatement sur la peau enflammée, soit en les introduisant dans la piqûre accidentelle de l'organe, soit enfin en les plaçant au fond d'une incision préalablement faite aux tégu-

mens. Un morceau de potasse caustique de la grosseur d'une tête d'épingle, pourrait remplacer avec avantage ces procédés. Le point fondamental est de mettre le topique sur l'endroit le plus enflammé, et d'y produire une escarre de quelque épaisseur. On loua beaucoup dans l'Académie les succès obtenus par Foubert, mais on éleva des difficultés contre sa méthode, que Fabre, Dubertrand, et ensuite Sue, préconisèrent en vain : elle est actuellement abandonnée, et l'incision a obtenu l'assentiment général.

Pour exécuter celle-ci, la main et le doigt étant étendus et fixés par un corps solide, tel que le bord d'une table, le chirurgien, armé d'un bistouri droit, fait à l'endroit le plus irrité, et autant que possible sur le lieu de la blessure primitive, une incision dont la longueur doit varier suivant la violence et l'extension de la maladie. Il faut que ce débridement comprenne toute la longueur de l'inflammation ; si celle-ci envahissait la circonférence entière du doigt, il serait utile de faire deux incisions parallèles à l'axe de cet organe, de manière à diviser largement toutes les parties distendues. Les divisions de ce genre ne doivent jamais être transversales ; car elles produiraient alors peu d'effet sur les tissus irrités, et pourraient atteindre les tendons extenseurs ou fléchisseurs de l'organe. Aussitôt après l'opération, il convient de faire plonger la main dans une décoction tiède de guimauve avec une addition d'extrait gommeux d'opium, et de favoriser, par ce bain prolongé, l'écoulement du sang que fournit la plaie. Des compresses imbibées du même topique seront appliquées ensuite sur les parties : on prescrira au sujet un régime très-sévère, l'usage de boissons délayantes, un repos absolu ; et des saignées générales plus ou moins abondantes lui seront pratiquées. Il est rare que ce traitement, employé à temps, et poursuivi avec persévérance, ne borne pas la maladie à l'endroit primitivement affecté, et ne fasse pas disparaître tous les accidens.

Dans les cas où du pus est sécrété, il importe de lui donner promptement issue sans attendre qu'il s'ouvre lui-même un passage au dehors. L'instrument tranchant est alors de l'avis même des partisans les plus ardens du caustique, préférable à ce moyen. L'incision, faite au centre de l'abcès, doit être assez grande pour donner à la matière qui le forme une issue libre et facile. S'il fallait l'agrandir au-delà de ce qu'on l'avait d'abord jugé nécessaire, une sonde, dite à panaris, introduite sous la peau, servirait de guide à la lame de l'instrument. Il est inutile de pénétrer sans nécessité jusque dans la gaîne des tendon ; on ne doit le faire que quand du pus y est accumulé, et alors le doigt reste presque toujours enkylosé. Quelques personnes ont proposé de pratiquer, dans ces cas, l'amputation

des phalanges qui semblent devoir demeurer immobiles; mais, indépendamment de ce qu'il est difficile de déterminer au milieu du désordre qui existe jusqu'à quel point l'ankylose sera complète, il se peut que le doigt, bien que devenu raide et atrophié, rende encore quelques services dont on priverait le sujet en le retranchant. Quant aux abcès secondaires de la paume de la main, du poignet et de l'avant-bras, il faut combattre par des sangsues et des topiques émolliens les inflammations qui les précèdent, et, si ces moyens échouent, les ouvrir de bonne heure avec le bistouri. Après toutes ces opérations, les pansemens les plus doux et les plus simples sont les plus propres à procurer la détersion des plaies, le rapprochement de leurs bords et leur prompte cicatrisation. L'incision des ligamens annulaires antérieurs du carpe, conseillée par Garengeot, d'après Aruaud, la section transversale des tendons correspondans aux doigts affectés, que l'on a recommandé de pratiquer à l'avant-bras près du corps charnu des muscles, sont autant d'opérations inutiles, barbares, et justement proscrites par les praticiens de nos jours. Lorsque les plaies des doigts, à la suite des panaris, commencent à se cicatriser, il convient de faire exécuter aux phalanges des mouvemens de plus en plus étendus, afin de prévenir autant que possible la formation d'une ankylose irrémédiable.

Ainsi donc, le traitement du panaris consiste essentiellement, 1°. à combattre les causes qui l'ont déterminé lorsque, continuant d'agir, elles tendent à augmenter incessamment sa violence; 2°. à faire averter, s'il en est temps encore, l'inflammation au moyen, ou des émolliens unis aux narcotiques, ou des réfrigérans, ou enfin des sangsues appliquées en grand nombre sur la partie; 3°. si ces moyens ne réussissent pas, à débrider largement les tissus phlogosés et à y opérer un dégorgement salutaire en même temps que, par des médications internes convenables, on modère la fièvre et les autres accidens sympathiques de la maladie; 4°. enfin, si l'on est appelé trop tard, ou si, malgré le traitement le plus méthodique, des abcès se sont formés, à les ouvrir promptement, à attendre l'exfoliation des tendons et des os lorsque ces parties ont été frappées de mort, et à conduire les plaies à la guérison à l'aide de pansemens doux et méthodiques.

PANCHYMAGOGUE, adj., *panchymagogus;* nom donné autrefois à une classe de purgatifs qu'on supposait doués de la propriété d'expulser indifféremment du corps toutes les sortes d'humeurs. Ce nom et cette classe de médicamens ont disparu avec la médecine humorale.

Les pharmaciens désignaient sous le nom d'*extrait panchymagogue*, un purgatif officinal, aujourd'hui tombé en désué-

tude, qui se compose d'une réunion d'extraits de coloquinte d'ellébore, de séné et d'agaric, auxquels on incorpore des poudres de scammonée, d'extrait d'aloès et de diarrhodon, après quoi on fait dessécher le tout au bain marie. C'est un violent drastique, qu'on administrait en pilules, à la dose de douze à dix-huit grains.

PANCRÉAS, s. m., *pancreas*. On appelle *pancréas d'Aselli*, une masse plus ou moins considérable de ganglions lymphatiques du mésentère, qui sont réunis ensemble, à la base de ce repli du péritoine; on ne le rencontre, en général, que chez certains mammifères, quoiqu'on en trouve aussi quelquefois des traces plus ou moins sensibles chez l'homme.

Le pancréas proprement dit est une glande profondément située dans la cavité abdominale. Couché en travers sur la colonne vertébrale, il est placé à droite de la rate, derrière l'estomac, et entre les trois courbures du duodénum. Il a une forme irrégulière et très-sujette à varier, qu'on a cependant comparée à celle d'un marteau. En effet, son extrémité gauche est très-mince, et désignée par cette raison sous le nom de *queue*; elle se prolonge au-dessous de la rate, jusque vers la capsule surrénale correspondante. La droite, au contraire, qu'on appelle *tête*, est plus épaisse, plus large, et donne par en bas un prolongement qui embrasse le duodénum en arrière et à gauche, quelquefois même un peu en devant. Chez certains sujets, ce prolongement constitue une petite masse glandulaire détachée, à laquelle on donne le nom de *petit pancréas*.

En devant, le pancréas est couvert par le feuillet supérieur du méso-colon transverse, l'estomac et la première portion du duodénum. En arrière, il correspond aux vaisseaux mésentériques supérieurs, à l'aorte, à la veine cave, à plusieurs plexus, tant nerveux que lymphatiques, et présente un sillon dans lequel sont logés les vaisseaux spléniques. En bas, il est couché sur la troisième portion du duodénum, dont les vaisseaux mésentériques supérieurs le séparent. En haut, il offre une rainure occupée par l'artère cœliaque.

Cette glande, qui a la plus grande analogie avec les salivaires; les surpasse trois ou quatre fois en volume. Elle a, en général, cinq ou six pouces de long, sur un d'épaisseur, et pèse de quatre à six onces. Sa couleur est d'un blanc grisâtre, tirant un peu sur le rouge; son parenchyme ferme et résistant, sa texture lobuleuse. Les lobes et lobules granulés qui la constituent sont distincts et réunis par un tissu cellulaire dense. Elle-même est unie aux parties voisines par un tissu cellulaire assez lâche. Elle n'a point de capsule propre, et se trouve enveloppée seulement par une couche de tissu cellulaire con-

densé. Son conduit excréteur, appelé *canal pancréatique*, ou *canal de Wirsung*, sera décrit plus loin, ainsi que ses vaisseaux et ses nerfs.

Le pancréas sécrète un fluide analogue à la salive, qui se verse dans le duodénum, et qui joue certainement un rôle dans la digestion; mais on n'a pas encore pu déterminer quel est l'office qu'il remplit, et les physiologistes se sont contentés d'émettre à cet égard des conjectures que nous passons toutes sous silence, parce qu'il n'y a point d'avantage réel pour la science à conserver le souvenir d'hypothèses qui ne reposent sur aucun fait, et qu'on ne peut considérer que comme des jeux d'esprit.

Cette glande est plus développée dans les premiers temps de la vie que chez l'adulte et le vieillard, circonstance qui lui est commune avec les autres glandes salivaires, et, en général, avec tous les organes glanduleux.

Les maladies du pancréas sont peu connues, et n'ont encore été constatées que par l'ouverture des cadavres. Elles consistent dans l'inflammation appelée *pancréatite*, et dans ses divers résultats, telles que dégénérescences squirreuses, cancéreuses, ou autres, affections calculeuses, etc. La situation profonde de la glande, son volume peu considérable, le peu de sensibilité dont elle paraît jouir, et les organes importans dont elle est entourée, sont les principales causes qui contribuent à obscurcir le diagnostic de ses affections. Celles-ci ne s'annoncent que par les symptômes indiquant généralement une maladie des organes épigastriques, comme une tumeur plus ou moins sensible, une douleur profonde, le trouble des fonctions digestives, des rapports, et une sorte de rumination de liquides douceâtres, sucrés ou salés. Leur traitement rentre dans celui de toutes les maladies des viscères du bas-ventre, c'est-à-dire, qu'il se compose principalement de la diète et du régime antiphlogistique.

PANCRÉATIQUE, adj., *pancreaticus;* qui a rapport au pancréas.

Les *artères pancréatiques* sont très-multipliées, mais d'un fort petit calibre. Aucune n'appartient en propre au pancréas, ce qui établit une analogie de plus entre cet organe et les autres glandes salivaires. Elles proviennent de la cœliaque, de la splénique, de la mésentérique supérieure, de la gastro-épiploïque droite, de la coronaire stomachique et des capsulaires gauches. La plus volumineuse, appelée *pancréatique transversale*, est un rameau constant, qui vient en général de l'hépatique, quelquefois cependant de la mésentérique supérieure, et qui se dirige transversalement derrière la glande. Après cette artère, les plus considérables sont celles que donne la splénique.

Le *canal pancréatique* naît des lobules par des radicules très-déliées, qui s'unissent, à la manière des veines, sous des angles fort aigus. D'abord assez étroit, il prend peu à peu un calibre plus considérable, et finit par acquérir la grosseur d'une petite plume à écrire, ayant à peu près une ligne et demie de diamètre. Placé dans l'épaisseur même de la glande, plus près de son bord inférieur que du supérieur, il marche en serpentant de gauche à droite. Ses parois sont blanchâtres et solides. Il s'ouvre dans le duodénum, ordinairement vers le bas de la seconde courbure, et presque toujours à trois ou quatre pouces du pylore. Parvenu à l'intestin, il s'accole au canal cholédoque, sans cependant se confondre avec lui, et s'ouvre à ses côtés un peu plus sur la gauche. Presque toujours, avant de quitter la glande, il reçoit quelques rameaux considérables qui lui sont envoyés par la tête; mais assez souvent ces rameaux se portent isolément vers le duodénum. Quelquefois le canal pancréatique est double. On a trouvé, dans son intérieur, des calculs, qui, soumis à l'analyse chimique, ont paru composés de phosphate calcaire uni à une substance animale.

Les *nerfs du pancréas* viennent des plexus hépatique, splénique et mésentérique supérieur. Ils accompagnent les artères.

Le *suc pancréatique* a été examiné par Mayer, qui, ayant découvert un renflement du canal dans le chat, parvint à s'en procurer une certaine quantité. Le liquide qu'il obtint était limpide, visqueux, filant et non écumeux. Il avait une saveur alcaline, et verdissait la teinture de mauve. L'observation contredit donc Sylvius et son ecole, qui, pour complaire à leurs idées théoriques, avaient supposé cette humeur acide.

PANDÉMIE, s. f., *pandemia*, *morbus popularis*, *popularitas grassans;* se dit de toute maladie qui s'étend à une plus ou moins grande partie de la population d'une contrée, et par conséquent de toute ENDÉMIE et de toute ÉPIDÉMIE.

PANDICULATION, s. f., *pandiculatio;* extension violente et graduée du tronc et des membres, qui se fait au moyen de la contraction des muscles soutenue pendant quelque temps. Dans cet état, en partie volontaire et en partie aussi involontaire, la colonne vertébrale est fortement redressée et portée en arrière. La tête se renverse, et la contraction simultanée des muscles du cou la fixe sur la colonne vertébrale. Les muscles de la face se contractent avec une force qui augmente par degrés et lentement. La poitrine se dilate, et le bâillement a lieu. Les membres pectoraux se développent graduellement, en se portant en arrière et en haut. Les inférieurs s'étendent aussi, mais d'une manière moins sensible. Les pandiculations, assez fréquentes dans l'état de santé, et qui sont alors

accompagnées d'une sensation agréable, dépendent le plus souvent de l'ennui, de la lassitude, d'une violente envie de dormir à laquelle on s'efforce de résister, ou de réveil en sursaut. On a prétendu les expliquer en disant qu'elles dépendent du ralentissement de la circulation, de la stagnation du sang dans le tissu des parties, et que la contraction générale des muscles a pour effet de communiquer un nouveau degré d'activité aux mouvemens circulatoires dans ces mêmes régions. C'est là une de ces hypothèses sans nombre dont on a encombré la physiologie. Mieux vaut mille fois avouer notre ignorance absolue sur la cause des pandiculations. Tout ce qu'on peut présumer, c'est qu'elles dépendent d'une action particulière du système nerveux : ce qui semble justifier cette conjecture, c'est, d'une part, la sensation indéfinissable d'une sorte de courant galvanique qui les accompagne, et de l'autre, leur fréquence au début des maladies nerveuses, en particulier de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la manie, comme aussi à l'invasion de fièvres, et surtout des accès de fièvres intermittentes.

PANNICULE, s. m., *panniculus;* enveloppe musculaire qui se trouve sous la peau des mammifères.

Ce nom a été appliqué à quelques parties du corps de l'homme. On a donné le nom de *pannicule charnu* au muscle peaucier, et celui de *pannicule adipeux* au tissu cellulaire sous-cutané, dans lequel il s'amasse en général beaucoup de graisse.

PANCRÉATITE, s. f., *pancreatis. Voyez* PANCRÉAS.

PANNUS, s. m., *pannus.* Ce terme, très-vague aujourd'hui, et qui l'était peut-être même déjà au moyen âge, lorsqu'on l'introduisit dans le langage médical, paraît avoir désigné jadis un ptérygion commençant, encore mou et spongieux, dont les vaisseaux, entrelacés de mille manières, présentent, jusqu'à un certain point, l'apparence d'un tissu. Du moins paraît-il plus naturel de lui attribuer cette signification que de croire, avec Scarpa, qu'on s'en servait pour désigner un ptérygion multiple, dont les divers sommets, réunis et confondus, couvraient la cornée transparente d'un voile épais qui entraînait la perte de la vue.

On donnait aussi le nom de *pannus* à de larges taches, d'une couleur très-variable, qui survenaient à la peau, et qu'on regardait comme des indices certains de l'invasion prochaine de la lèpre.

PANOPHOBIE, s. f., *panophobia;* terreur panique, sentiment de crainte sans motif; on a cru qu'il avait lieu chez les enfans à la mamelle. Nous avons souvent observé cet état, il nous a paru dépendre d'un sentiment douloureux et non

d'un sentiment de terreur; chez des enfans âgés de trois ans, nous avons pu nous assurer que leurs cris, leur agitation, leur anxiété provenaient d'une douleur abdominale; ils se plaignaient de souffrir dans le ventre, et la pression exercée sur cette partie augmentait leur agitation. Chez d'autres, il nous a paru que des douleurs dans les alvéoles dentaires étaient la cause de cette prétendue panophobie. La terreur panique ne s'observe réellement que chez les enfans dont la pensée est très-développée, et chez les adultes; elle est un symptôme assez fréquent de l'hypocondrie et de l'hystérie.

PANSEMENT, s. m., *cura*, *curatio*; application méthodique des appareils et des médicamens externes sur les parties malades. L'art des pansemens est une des branches les plus anciennes de la chirurgie. Ceux qui les premiers s'adonnèrent à cette profession ne devinrent sans doute que des *panseurs* plus ou moins habiles, et l'on n'osa vraisemblablement porter le fer au sein de nos organes, pour exécuter les opérations, qu'après avoir appris à remédier aux lésions accidentelles produites par les corps extérieurs. Quoi qu'il en soit, l'art de soigner convenablement les plaies, d'appliquer de la manière la plus favorable les pièces nombreuses d'un appareil à fracture, d'exciter ou de calmer à propos la surface d'un ulcère ancien; tout ce qui est relatif, en un mot, à l'emploi des topiques constitue en quelque sorte la base de la chirurgie pratique. Aucun des détails qui s'y rattachent ne doit être dédaigné; car, si l'action bien dirigée des instrumens prépare le succès des opérations, des pansemens consécutifs exécutés avec méthode l'assurent, le rendent plus complet, plus brillant même, par la rapidité des guérisons qu'ils procurent.

On a distingué les pansemens en simples et en médicamenteux; mais cette classification, qui d'abord semble naturelle, est sans aucune valeur dans la pratique. En effet, aux pièces ordinaires des appareils, telles que la charpie, les compresses, les bandes, dont l'application constitue les pansemens appelés simples, on joint presque toujours quelque substance médicinale, comme les onguens de divers genres, les décoctions émollientes ou résolutives, etc., de manière à composer des pansemens mixtes, qui ont pour objet de modifier les parties et par l'action mécanique de l'appareil employé, et par l'influence non moins puissante des agens thérapeutiques, dont les pièces qui le composent sont imprégnées. Nous avons traité ailleurs d'un grand nombre de procédés qui se rattachent au traitement local des maladies externes, tels que les FOMENTATIONS, les EMBROCATIONS, les INJECTIONS, les COMPRESSIONS, etc.; les appareils dont il convient de faire usage pour guérir les ABCÈS, les FISTULES, les FRACTURES, les LUXATIONS, les CARIES,

les PLAIES, les ULCÈRES, sont décrits à l'occasion de chacune de ces affections, de telle sorte qu'il s'agit moins ici de tracer des règles sur la manière d'exécuter les nombreuses variétés des pansemens, que de présenter des considérations générales applicables à toutes les opérations de ce genre.

Toutes les fois qu'il s'agit de procéder à un pansement, il faut préparer d'abord, et disposer dans l'ordre suivant lequel ils doivent être employés, tous les objets dont on se propose de faire usage. Ainsi, des vases destinés à recevoir les portions salies de l'ancien appareil, ou les matières que les parties découvertes peuvent fournir; de l'eau tiède ou quelque décoction, propres, soit à imbiber et à détacher les objets adhérens aux tissus malades, soit à laver les bords des solutions de continuité, soit à pratiquer des fomentations ou des injections; du feu dans un réchaud, si la température est très-basse, ou si quelques pièces d'appareil, tels que les emplâtres agglutinatifs, ont besoin d'être échauffés avant d'être appliqués; des draps repliés en alèze, une ou plusieurs bougies, si la lumière du jour est insuffisante, tels sont les objets pour ainsi dire accessoires aux pansemens dont il convient de se munir. Ensuite on dispose l'appareil proprement dit, qui se compose de plumasseaux, de compresses, de bandes, de bandelettes enduites de cérat, et d'autres pièces plus ou moins nombreuses, suivant la nature de la maladie qui réclame l'exécution du pansement. Des ciseaux, des pinces, une spatule, des sondes, des porte-mèches, une seringue à injection, constituent les instrumens dont on fait alors le plus fréquemment usage, et qu'il faut ranger avec les précédens sur un plateau disposé à cet effet.

Tout étant prévu d'avance et méthodiquement préparé, le chirurgien, assisté d'un ou de plusieurs aides, découvre avec précaution la partie affectée, et lui donne la situation qu'elle doit conserver pendant toute la durée du pansement. Cette situation varie suivant la nature de la maladie et la région qu'elle affecte. Dans tous les cas, les mouvemens que l'on est alors obligé d'imprimer aux parties, ne sauraient être trop doux, et afin de n'exciter ni fatigue ni douleur, les aides se chargeront de soulever le membre, de le porter, de le soutenir dans la position qui convient. C'est alors que les alèzes doivent être placées afin de prévenir la souillure du lit ou des vêtemens du malade. Le chirurgien détache ensuite avec précaution les pièces les plus superficielles de l'ancien appareil, et successivement celles qui sont le plus profondément situées. Il doit éviter tous les tiraillemens, humecter ce qui est raide et dur, couper avec les ciseaux ce qui se détache trop difficilement, apporter en un mot, dans toutes ses actions, cette

délicatesse qui éloigne les sensations douloureuses et désagréables. C'est surtout lorsqu'il s'agit de lever un premier appareil que toutes ces précautions sont indispensables ; on se trouve ordinairement bien alors d'imbiber les bandes et les compresses d'eau tiède un quart d'heure d'avance, afin de ramollir le sang desséché qui les durcit et les unit intimement entre elles.

L'action de l'air sur les plaies et sur les foyers purulens est toujours défavorable : ce fluide est souvent le véhicule de miasmes putrides plus ou moins pernicieux, et par lui-même il provoque sur les parties dénudées des irritations dont les résultats sont quelquefois dangereux. Il faut donc prévenir son contact prolongé avec les tissus malades, et pratiquer les pansemens avec toute la célérité possible. On doit éviter la brusque transition de la chaleur du lit à la température extérieure, au moyen du réchaud que l'on tient, en hiver, près du malade, et auquel on échauffe légèrement les pièces d'appareil avant de les appliquer. En fermant les portes et les fenêtres de l'appartement, et même les rideaux qui entourent le lit du sujet, on s'oppose aux courans d'air, si souvent dangereux, et que l'on a vu provoquer les métastases les plus rapides et les plus funestes. Une compresse douce et propre doit recouvrir la solution de continuité pendant qu'on en nettoie les bords ; on peut même, lorsque la plaie est très-étendue, ne la découvrir que par parties, que l'on panse successivement avant de toucher aux portions voisines. Enfin, pendant les pansemens, le corps entier du malade doit autant que possible rester couvert, afin qu'il n'éprouve aucune sensation de froid, aucune irritation intérieure susceptible de déplacer celle dont la plaie doit rester le siége. Toutes ces attentions contribuent au succès des traitemens chirurgicaux : de leur oubli peuvent dépendre non-seulement la prolongation des maladies qu'il s'agit de guérir, mais l'agrandissement, la dégénérescence des solutions de continuité, le tétanos, et une foule d'autres accidens non moins redoutables.

Après que le pansement est terminé, les alèzes doivent être enlevées et les parties replacées dans la situation qu'elles conservent habituellement. Il est presque inutile de dire que toutes les pièces de l'appareil ont dû être appliquées de manière à ne faire aucun pli douloureux, à n'exercer sur les tissus ni gêne, ni constriction, ni étranglement. Avant de quitter le sujet, il faut encore s'assurer que les compresses et les bandes ne sont pas trop serrées ou trop lâches, et qu'elles n'exercent aucune action susceptible d'accroître l'irritation et la phlogose des parties affectées. Augmentée par la solitude et par le sentiment continuel de la maladie, la susceptibilité des blessés

est telle que les froissemens les plus légers finissent, en prolongeant leur action, par devenir insupportables, et suffisent pour déterminer une fièvre locale, une tuméfaction considérable, et d'autres accidens graves. Un pli trop épais, une compresse mal placée, un tour de bande plus serré que les autres, excitent souvent les irritations les plus intenses.

Il est d'usage de renouveler les pansemens dans la matinée. Cette époque du jour est la plus favorable aux opérations de ce genre. Les malades sont alors fatigués de l'immobilité de la nuit; échauffées par le lit, couvertes de pus, n'étant plus en contact qu'avec des linges devenus trop lâches ou desséchés par des liquides épanchés, les parties blessées sont alors le siége d'un sentiment pénible, et réclament en quelque sorte un pansement nouveau qui change leur position, les expose à l'air frais, et les enveloppe d'objets plus doux et plus flexibles. Après l'opération, l'air de l'appartement doit être renouvelé, et le malade se sent prendre plus de vigueur et acquérir en quelque sorte une existence nouvelle. Si un second pansement devient nécessaire durant les vingt-quatre heures, il faut y procéder le soir, de manière à ce qu'un sommeil calme puisse immédiatement lui succéder.

La question de la fréquence ou de la rareté du pansement a beaucoup agité nos prédécesseurs; mais il est évident qu'elle ne saurait être résolue d'une manière générale, à raison de la diversité des maladies qui réclament l'emploi des médicamens externes et des appareils chirurgicaux. En effet, s'il faut ne panser que tous les dix, quinze ou vingt jours, et même plus, un membre fracturé qui reste immobile, et dont l'appareil ne se relâche pas, on est obligé de renouveler deux, trois, ou même quatre fois par jour les cataplasmes émolliens qui recouvrent certaines tumeurs très-enflammées, parce que la fermentation dont ils deviennent bientôt le siége les rendrait irritans. La même conduite doit être adoptée dans les cas de plaies étendues, profondes, de mauvaise nature, et qui fournissent des quantités considérables d'une suppuration sanieuse, dont le contact prolongé avec les parties dénudées pourrait être dangereux. Dans le plus grand nombre de cas de solution de continuité, un pansement dans les vingt-quatre heures suffit. Il est plus souvent utile d'allonger ce terme que de le raccourcir. Lorsque les plaies suppurent peu, et que leur surface est dans des conditions favorables à la cicatrisation, des pansemens renouvelés seulement une fois tous les deux ou trois jours, hâtent singulièrement le travail réparateur de l'organisme. Il est des plaies qui pourraient guérir en trois ou quatre jours,

si on les abandonnait sous les appareils qui les recouvrent, et qui, tourmentées chaque matin par les pansemens d'usage, se perpétuent durant des mois entiers.

La plus exquise propreté doit régner dans les pansemens, et semble en augmenter la vertu. Ainsi, dans les plaies qui suppurent beaucoup, dans celles qui sont affectées de pourriture d'hôpital ou de gangrène, lorsque les évacuations sont assez abondantes pour traverser l'appareil d'un pansement à l'autre, il faut laisser les alèzes à demeure, ou même placer sous elles des morceaux de taffetas ciré, au moyen desquels on préserve le lit du malade de souillures qui finiraient par y déterminer un foyer d'infection. Dans les établissemens publics, une surveillance infatigable doit être exercée à cet égard; il faut faire souvent exposer à l'air, ou même désinfecter toutes les pièces des lits qui ont été imprégnées des produits des dégénérescences putrides des plaies, du charbon, des bubons pestilentiels ou de toute autre affection locale susceptible de se communiquer par quelque voie que ce soit.

Il est rare que l'on puisse acquérir hors des hôpitaux les qualités indispensables à l'exécution méthodique des pansemens. Ce n'est qu'au milieu d'un grand nombre de malades, affectés de lésions variées presqu'à l'infini, que se développe, chez le jeune chirurgien, l'habitude de l'ordre dans la disposition des appareils, de la dextérité unie à la promptitude dans les mouvemens, d'une propreté qui s'étend sans effort à tout ce qui environne le malade, et enfin de ces attentions délicates et minutieuses inconnues au vulgaire, mais dont les les êtres souffrans apprécient à un si haut degré la valeur. Ici, la routine et l'empirisme ne sauraient toutefois suffire pour constituer le praticien habile. Il faut unir aux qualités manuelles une connaissance approfondie des maladies chirurgicales, et raisonner toutes les parties des pansemens, de manière à atteindre le plus sûrement le but indiqué. Ce n'est qu'en agissant ainsi qu'il est possible de faire, suivant les cas, dans les pansemens ordinaires, ces innovations hardies, ces changemens ingénieux que réclament souvent les états divers ou les modifications innombrables que les affections chirurgicales peuvent présenter. La pratique des pansemens doit toujours être soumise à une saine théorie, et les mouvemens du chirurgien doivent être constamment en rapport avec les indications à remplir.

PAPILLAIRE, adj., *papillaris;* qui contient des papilles, qui a rapport aux papilles.

PAPILLE, s. f., *papilla;* petit mamelon. On donne ce nom à de petites éminences qui garnissent la surface du système cutané et muqueux. *Voyez* PEAU.

PAPULE, s. f., *papula;* terme souvent employé par les anciens médecins, mais dans un sens vague et indéterminé. Alibert s'en sert pour désigner toute éminence peu saillante de la peau, qui ne contient ni pus, ni liquide particulier.

PAPULEUX, adj., *papulosus;* qui a les caractères des papules; *affection papuleuse.*

PAQUERETTE, s. f., *bellis;* genre de plantes, de la syngénésie polygamie superflue, L., et de la famille des corymbifères, J., qui a pour caractères : calice hémisphérique, simple, polyphylle, à folioles égales; réceptacle conique, tuberculé, portant, à son disque, des fleurons hermaphrodites, tubulés et quinquéfides, et, à sa circonférence, des demi-fleurons lancéolés, entiers, femelles et fertiles; semences sans aigrettes.

La *petite marguerite*, *bellis perennis*, qui croît abondamment dans toute l'Europe, où elle fleurit pendant presque toute l'année, a joui autrefois d'une grande réputation, et a été préconisée dans un assez grand nombre de maladies. On en donnait le suc à la dose de trois ou quatre onces. On en préparait aussi une eau distillée et un extrait. Aujourd'hui elle est plongée dans un profond oubli, d'où elle ne mérite point d'être tirée; car, n'ayant qu'une saveur très-légèrement amère, et point d'odeur, elle doit être absolument inerte, ou à peu près.

PARACENTÈSE, s. f., *paracentesis;* opération qui consiste à perforer la paroi abdominale, afin d'évacuer les liquides épanchés dans le ventre. On a essayé d'étendre cette dénomination à l'ouverture de toutes les cavités splanchniques; mais l'usage l'a définitivement restreinte à celle que réclament les hydropisies péritonéales, et la paracentèse de la poitrine est généralement désignée sous le nom d'opération de l'EMPYÈME.

La ponction de l'abdomen ne doit être pratiquée que quand on a vainement opposé aux hydropisies de cette cavité les moyens diététiques et médicinaux les plus propres, soit à arrêter leurs progrès, soit à déterminer l'absorption du liquide épanché. L'opération est ici une ressource dernière, destinée à débarrasser le sujet de la gêne que l'épanchement occasione dans l'exécution des fonctions digestives et respiratoires. Il est extrêmement rare qu'elle puisse devenir curative; et presque toujours, au contraire, un épanchement plus rapide qu'il ne l'avait été jusque là lui succède immédiatement. Toutefois, une distinction importante, relative à la nature de l'hydropisie elle-même, doit être faite ici, et peut servir à modifier la conduite du chirurgien. Dans les épanchemens qui surviennent chez les jeunes sujets, à la suite de péritonites accidentelles, et lorsqu'il n'existe aucune lésion grave, soit aux organes de

la circulation, soit aux viscères digestifs, il convient de pratiquer la ponction aussitôt que l'on a reconnu l'inutilité des moyens internes ou externes propres à faire disparaître la sérosité. L'opération a quelquefois, dans ces cas assez rares, été suivie de la guérison radicale, et il y a de l'avantage alors à l'exécuter avant que le péritoine ait perdu toute espèce de disposition à revenir à son état normal, ou que l'organisme se soit habitué à une exhalation séreuse abondante, qui dès-lors aurait la plus grande tendance à se reproduire.

Mais, dans les circonstances les plus ordinaires, alors que l'hydropisie est le produit d'affections internes, éloignées et profondes, contre lesquelles la médecine est impuissante, il faut ne considérer la paracentèse que comme un moyen palliatif destiné à ne remédier que pour un temps plus ou moins long aux accidens que le sujet éprouve. On doit attendre, pour la pratiquer, que l'abdomen soit très-distendu, la progression impossible, et la respiration fort gênée; mais, en temporisant ainsi, il ne faudrait pas laisser le temps à une fièvre secondaire de se développer; la chaleur interne qui l'accompagne, l'anxiété et la sensibilité du ventre sont autant de signes d'une recrudescence dans la péritonite, et de contre-indications à l'opération. La présence de ces phénomènes annonce presque toujours la fin prochaine du malade; et l'opération alors ne prolonge qu'à peine de quelques heures une existence menacée dans ses principaux foyers. En un mot, lorsque les accidens dont il s'agit se développent, on a trop attendu pour opérer avec fruit, le désordre est porté trop loin, le sujet trop affaibli, et la paracentèse ne saurait produire qu'un soulagement momentané, presque toujours suivi d'une mort prochaine. Ce n'est pas sans raison que Fothergill, suivi en cela par Delaroche et Lassis, a reproché aux praticiens d'y recourir trop tard, et alors seulement que, l'état du sujet étant désespéré, rien ne saurait le sauver. Cette opération ne devient réellement utile que quand on y a recours à une époque où le malade conserve encore des forces, et où le péritoine et le canal intestinal ne se sont pas secondairement enflammés. Dans ces cas, la ponction a pu être réitérée dix, vingt, et même soixante ou cent fois, ainsi que Mead, Sabatier et quelques autres praticiens en rapportent des exemples. Le fait le plus extraordinaire de ce genre que nous connaissions, est celui qu'a fait connaître Bezard; la femme qui en est le sujet a supporté six cent soixante-cinq ponctions en dix ans, ce qui, à quinze pintes de liquide évacuées chaque fois, donne un total de dix mille deux cent soixante-quinze pintes que l'on a fait sortir par le péritoine dans cet espace de temps.

La nécessité de l'opération étant reconnue, les objets pour

la pratiquer sont : un TROIS-QUARTS, un vase pour recevoir le liquide, quelques compresses larges et carrées, une serviette pliée en plusieurs doubles sur sa longueur, un morceau de sparadrap de diachylon gommé, et un bandage de corps garni de son scapulaire et de sous-cuisses.

Le sujet doit être couché sur le bord de son lit, la tête et la partie supérieure du corps médiocrement élevés, les jambes ainsi que les cuisses à demi fléchies sur le ventre, et de telle sorte qu'il soit incliné de trois quarts vers le chirurgien. Cette situation est, sous tous les rapports, préférable à celle dont on faisait autrefois usage, et qui, adoptée encore par les praticiens anglais, consiste à mettre le malade sur un fauteuil, les jambes écartées, et ayant entre elles le vase qui doit recevoir le liquide. Les défaillances, le malaise et les autres accidens qui suivent quelquefois l'évacuation de la sérosité sont plus fréquens et plus graves dans ce dernier cas que dans l'autre, où il est même assez rare que l'opération soit troublée. La serviette, placée entre le diaphragme et le nombril, étant confiée à deux aides, sert à refouler le liquide en bas, et à éloigner encore la paroi abdominale des viscères.

Il est assez indifférent d'opérer d'un côté ou de l'autre de l'abdomen. Cependant on préfère généralement le côté droit, parce que l'épiploon y descend moins bas, et que les intestins grêles sont plus spécialement refoulés à gauche. Mais si, en explorant l'abdomen, on reconnaissait, vers l'un ou l'autre hypocondre, un engorgement dur et squirreux, il faudrait absolument opérer du côté opposé, afin de ne pas blesser le foie ou la rate, qui sont ordinairement le siége de ces affections. On a diversement fixé le point précis sur lequel il convient de porter le trois-quarts. Les uns prennent le centre d'un triangle formé par l'ombilic, le sommet de l'os des îles, et le tiers antérieur du rebord des fausses côtes. Sabatier choisissait le milieu de l'espace compris d'une part entre les fausses côtes et l'épine iliaque, et l'autre entre les apophyses épineuses des vertèbres lombaires et le nombril. Boyer veut que l'on plonge l'instrument au milieu d'une ligne tirée de l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Enfin, Lisfranc, qui semble avoir pris à tâche de compliquer outre mesure les indications de ce genre, conseille de tirer d'abord une ligne de l'appendice xyphoïde à la symphyse pubienne. A deux tiers de pouce environ au-dessous de la partie moyenne de cette ligne, il en tire une seconde qui va se rendre à la crête antérieure et supérieure de l'os des îles, et c'est sur la partie moyenne de cette seconde ligne que l'on doit, suivant lui, pratiquer la ponction. Il est à remarquer, ainsi que Monro l'avait pressenti, que toutes ces indications, en apparence si exactes et si précises, ne permet-

tent pas de porter toujours l'instrument dans le même point des parois abdominales. Déterminées, en effet, d'après des éminences osseuses presque immobiles, elles ne peuvent se modifier suivant les variétés que l'abdomen présente quelquefois dans son ampliation. En effet, que cette cavité se dilate spécialement aux dépens de sa partie antérieure et de la ligne blanche, il est évident que la partie moyenne de la ligne tirée de l'ombilic à l'os des îles, pourra correspondre à peine au bord externe du muscle droit; d'autres anomalies produiront d'autres erreurs. En général, on risque peu en s'éloignant trop de l'ombilic; si l'on s'en rapproche trop, au contraire, et si l'on atteint le bord externe du muscle droit, il est possible de rencontrer l'artère épigastrique. Ce principe étant admis, on peut, d'après les mesures de Sabatier et de Boyer, et en examinant attentivement la forme que l'abdomen a acquise, choisir dans tous les cas un point susceptible de recevoir l'instrument sans faire courir au malade aucun danger.

Les ponctions que l'on a conseillé de faire à l'abdomen par le scrotum, le vagin ou l'intestin rectum, sont abandonnées avec raison. Les cas où l'ouverture ombilicale très-dilatée laisserait sortir le liquide au point de former sous la peau une tumeur molle et transparente, est le seul où la ponction à travers cette partie serait proposable ; encore, dans ces cas, la paracentèse pratiquée sur le lieu ordinaire doit-elle être préférée.

Toutes les dispositions préliminaires relatives à la disposition de l'appareil, à la situation du sujet et à l'endroit où l'opération doit être faite, étant terminées, le chirurgien, placé au côté du lit sur lequel repose le malade, s'assure que le poinçon du trois-quarts glisse aisément dans sa gaîne, et enduit de cérat l'extrémité de l'instrument. Il saisit ensuite celui-ci de la main droite, de telle sorte que son manche appuie dans la paume de la main, et que le doigt indicateur étendu sur la tige marque la profondeur à laquelle il convient de l'enfoncer. Cette mesure varie suivant l'embonpoint des sujets; mais douze à quinze lignes sont les bornes qu'elle ne doit pas dépasser dans les cas ordinaires. Le trois-quarts est plongé d'un seul coup et vivement dans la partie ; un sentiment de résistance surmontée, et la liberté que l'instrument acquiert tout à coup, indiquent que l'on a pénétré dans la collection aqueuse, dont une compression de la partie supérieure et du côté du ventre opposé au chirurgien a dû rendre le volume plus considérable à l'endroit de l'opération. Le procédé de Larrey, qui consiste à diviser d'abord les tégumens avec un bistouri avant de porter le trois-quarts dans le tissu cellulaire et les muscles, ne présente quelque avantage que chez les sujets dont

la peau est épaisse, dure, et difficile à percer. Excepté dans ces cas rares, la double opération qu'il exige doit le faire rejeter. Quoi qu'il en soit, l'instrument ayant pénétré dans le ventre, le chirurgien saisit et retient la canule avec la main gauche, en même temps que, de la droite, il retire le poinçon du trois-quarts, et laisse le liquide tomber dans le vase préparé pour le recevoir. Une pression douce et continue doit favoriser son écoulement, et provoquer la sortie de ses dernières portions. L'évacuation étant complète, la canule est retirée à son tour avec la main droite, tandis que le pouce et l'indicateur de la gauche, placés sur les côtés de l'ouverture, retiennent la peau et l'empêchent d'être tiraillée et de suivre l'instrument. Une mouche de diachylon gommé recouvre ensuite la plaie, des compresses, ou mieux encore une flanelle trempée dans quelque liqueur aromatique, sont appliquées sur le ventre, et cette cavité est à son tour enveloppée et médiocrement comprimée par le bandage de corps passé d'avance sous le malade.

Telle est l'opération de la paracentèse comme on la pratique actuellement. On a rejeté depuis long-temps le procédé employé par les anciens, et qui consistait à ouvrir le ventre au moyen du bistouri ou d'une forte lancette, sur la lame desquels on introduisait une canule dans la plaie : cette manière d'agir appartenait à l'enfance de l'art, et a dû disparaître depuis l'invention du trois-quarts. Cependant, malgré sa simplicité, l'opération, telle que nous l'avons décrite, peut être ou retardée pendant son exécution, ou suivie de quelques accidens. Des portions flottantes, soit d'épiploon, soit d'intestin, soit de membranes anormales ou de concrétions fibrineuses, se présentent quelquefois à l'ouverture de la canule du trois-quarts, la ferment et interrompent le jet du liquide. Il faut alors introduire dans la cavité de l'instrument un stylet gros et mousse, qui écarte ces parties étrangères et rétablisse la liberté de l'écoulement. Ce moyen est préférable aux mouvemens imprimés au malade, et qui le fatiguent sans utilité. On éviterait, au reste, aisément ce léger contre-temps en faisant usage de canules percées non-seulement à l'extrémité, mais sur leurs côtés, de manière à ce que le liquide, arrêté à l'ouverture principale, pourrait encore sortir par les autres. Ce perfectionnement, dans la construction du trois-quarts, a été proposé depuis assez long-temps, et mérite d'être généralement adopté.

Le malaise, le sentiment de défaillance et la syncope, qui surviennent quelquefois vers la fin de l'écoulement de la sérosité abdominale disparaissent sous l'influence d'une compression des parois du ventre portée assez loin pour soutenir les viscères,

refouler médiocrement le diaphragme vers la poitrine, et rendre moins brusque l'abord du sang dans l'aorte descendante. Si, après l'extraction de la canule, du sang paraissait à la plaie, il conviendrait, ainsi que le conseille Bellocq, d'y introduire, soit un cylindre de cire roulée entre les doigts, soit, mieux encore, un morceau de bougie de gomme élastique d'un volume analogue à celui de la canule du trois-quarts, et dont la compression directement exercée sur le vaisseau ouvert arrêterait sûrement l'hémorragie.

La cavité du péritoine contient quelquefois une liqueur tellement épaisse et visqueuse qu'elle ne peut sortir par la cavité de la canule du trois-quarts. On est averti de cette particularité à l'écoulement de quelques-unes des portions les moins denses de ce liquide, ou à ce que l'on en retire des fragmens sur le stylet porté dans le ventre à travers la canule. Dans un cas de ce genre, dont les Transactions philosophiques ont conservé l'histoire, il a fallu pratiquer au ventre une incision à travers laquelle sortit la matière étrangère, et qui ressemblait à la gélatine. D'autres fois des hydatides plus ou moins volumineuses remplissent la cavité du péritoine, et exigent, pour sortir, une ouverture faite avec le bistouri. On a proposé dans ces cas de faire, dans l'abdomen, des injections destinées à délayer les liquides visqueux, ou à entraîner les corps étrangers : mais ce procédé, indépendamment de ce qu'il serait vraisemblablement inefficace, pourrait être suivi d'une irritation vive et d'une péritonite mortelle, que l'on n'a pas à craindre en incisant la paroi abdominale. On a vu aussi le liquide qui constitue l'hydropisie ascite, renfermé dans plusieurs poches formées par l'adhérence des épiploons aux autres viscères et à l'enceinte de l'abdomen. Dans ces cas, dont A. Monro a observé un exemple curieux, une première ponction vide parfaitement la partie correspondante de la tumeur; mais il reste ensuite une seconde collection dont le volume n'a pas diminué, et pour laquelle une opération nouvelle devient nécessaire. Au reste, les variétés dont il s'agit ici sont extrêmement rares, et l'opération de la paracentèse ne présente, dans la pratique ordinaire, ni difficultés remarquables, ni accidens graves.

On a tenté à diverses reprises de procurer la guérison radicale des hydropisies abdominales après de la ponction; mais tous les essais de ce genre sont demeurés sans succès, ou présentent de tels dangers, qu'il serait imprudent de les reproduire : ainsi Brunner proposa le premier, peut-être, de faire dans le bas-ventre des injections avec la teinture de mirrhe et d'aloès mêlée à l'alcool camphré. Warrick osa se servir, non de cette préparation incendiaire, mais d'un mélange de vin

rouge et d'eau de Bristol échauffé à la température du sang. Après la manifestation d'accidens très-graves, la malade soumise à cette opération guérit, dit-on, parfaitement. Hales crut perfectionner le procédé de Warrick, conseilla de perforer l'abdomen aux deux hypocondres en même temps, et de faire traverser cette cavité par un courant de l'injection proposée, qui entrerait d'un côté pendant que la sérosité sortirait de l'autre. L'humanité s'applaudit que Warrick n'ait pas trouvé d'imitateurs, et que le procédé de Hales soit tombé dans l'oubli. Les chirurgiens ont renoncé avec raison à vouloir faire naître entre les diverses parties du péritoine des adhérences qu'une inflammation dangereuse devrait précéder, et qui, agglomérant ensuite toutes les circonvolutions intestinales en une seule masse, rendraient l'action digestive très-difficile, ou même impossible. Le seul moyen qu'une saine pratique ait consacré afin de prévenir, ou du moins de retarder la reproduction de l'épanchement dans le ventre, consiste d'une part à comprimer médiocrement cette cavité; de l'autre, à revenir avec une persévérance nouvelle au traitement que l'expérience indique comme le plus efficace dans l'espèce d'HYDROPISIE que l'on a sous les yeux. Quant au procédé recommandé par Celse, et qui consiste à laisser long-temps ouverte la plaie faite à l'abdomen au moyen du caustique, il est depuis long-temps abandonné, et il ne convient presque plus d'en faire mention.

Appliquée aux hydropisies enkystées de l'abdomen, la paracentèse ne doit subir presque aucune modification. Dans ces cas, plus encore que dans l'ascite symptomatique, l'opération doit être retardée jusqu'à ce que la présence de la collection étrangère devienne presque insupportable. L'expérience a fait connaître les inconvéniens d'une opération pratiquée trop tôt. Le sac, en effet, après avoir été vidé, se remplit presque toujours très-rapidement d'une collection nouvelle, de telle sorte qu'une première ponction en nécessite bientôt une seconde, et que l'opération devient d'autant plus souvent indispensable, qu'elle a déjà été pratiquée plus souvent. A la suite de ces ponctions réitérées, le kyste s'irrite, le liquide acquiert de mauvaises qualités, les malades s'épuisent, et la mort survient beaucoup plus promptement que si aucune opération n'avait été faite. Assez souvent encore, après la première introduction du trois-quarts, une inflammation aiguë se développe, et se propage de la poche anormale au péritoine aussi bien qu'aux viscères abdominaux; le ventre se tend, devient douloureux; la fièvre apparaît, les nausées, les hoquets, les vomissemens se succèdent, et le malade succombe en quelques jours. C'est afin d'éviter ces accidens redoutables qu'il faut ne pratiquer alors la ponction que quand il est impossible de la retarder plus

long-temps. On possède toutefois quelques exemples très-rares de la guérison spontanée de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Royer a vu une collection de ce genre disparaître rapidement en même temps que les reins devinrent le siége d'une sécrétion urineuse extraordinaire; mais la maladie reparut trois ans et demi après sa guérison apparente, et conduisit le sujet au tombeau. Dans un autre cas, la ponction fut suivie d'une inflammation adhésive des parois du kyste, et le rétablissement de la malade ne se démentit pas; seulement, six ans après l'opération, il lui survint à la partie inférieure dn ventre une tumeur dure, squirreuse, sans fluctuation, qui lui permit de continuer de jouir d'une assez bonne santé.

Le liquide contenu dans les kystes abdominaux est plus souvent altéré que celui dont la cavité du péritoine se remplit. Il n'est pas rare de le trouver analogue à de la gélatine, ou mêlé de sang, ou bourbeux, noirâtre et semblable à de la lie de vin. Dans tous ces cas, l'opération étant devenue absolument nécessaire, si la matière ne peut sortir à travers la canule du trois-quarts, on est autorisé à agrandir l'ouverture avec le bistouri, de manière à remplir l'indication que font naître les accidens éprouvés par le sujet; mais il ne convient jamais de recourir aux injections irritantes proposées dans l'intention de faire adhérer les parois du kyste. Le danger qui résulterait de ces tentatives serait beaucoup plus grand que celui dont la récidive de l'épanchement peut être la source.

PARACOUSIE, s. f., *paracousis*, *auditionis depravatio*. Itard considère l'ouïe comme dépravée : 1°. quand on entend des bruits qui n'existent pas; 2°. quand on continue d'entendre des bruits après qu'ils ont cessé; 3°. quand on perçoit inégalement des sons dont l'intensité est à peu près la même, ou quand deux sons semblables paraissent discordans. Les deux premiers constituent le *tintouin* ou BOURDONNEMENT dont nous avons parlé à l'occasion de ce dernier mot; le troisième est considéré par Itard comme une *anomalie acoustique*; c'est le *loucher de l'oreille*. Nous allons en dire le peu qu'on en sait, et restreindre à la désignation de cet état de l'ouïe le sens du mot *paracousie*.

Dans la paracousie proprement dite, le sujet n'entend ni plus ni moins que dans l'état normal, mais l'oreille devient *fausse*; c'est ainsi qu'un acteur vint consulter Itard, se plaignant que, toutes les fois qu'il voulait chanter dans le haut, les sons de sa voix produisaient sur son oreille une sensation confuse qui le faisait continuellement détonner. Les mêmes sons d'un instrument à cordes ou à vent peu éloigné, produisaient le même effet sur lui. Le repos de l'organe, des applications de sangsues, le lavage de la tête à l'eau fraîche le guérirent. Itard parle

d'un Allemand passionné pour la musique, qui rencontrait dans le jeu des instrumens tel ton ou telle combinaison de ton qui affectait si désagréablement son oreille, qu'après que le même effet s'était reproduit plusieurs fois, il n'entendait plus qu'un bruit pénible et confus.

Une seule oreille peut devenir fausse, l'autre restant juste; alors il y a discordance dans la perception, qui est rétablie dans son intégrité, si l'on bouche l'oreille malade. Itard a connu une femme fort sujette depuis dix ans à l'otalgie du côté droit, suite d'une couche très-pénible. La dernière fois que cette douleur se fit sentir, elle éprouva pour la première fois que certains bruits ou sons, aigus ou graves, faisaient sur son oreille droite une impression analogue à celle qu'on éprouve quand, après avoir placé dans le coudnit auditif un cornet acoustique, on le retire aussitôt. Cet état de l'ouïe persévérait après la douleur qui paraissait l'avoir provoquée. Cette femme fut obligée dès-lors de tenir l'oreille droite bouchée toutes les fois qu'elle voulait suivre une conversation générale ou entendre de la musique; elle n'en est pas moins demeurée incapable de faire de la musique, et surtout de chanter.

Une anomalie singulière de l'ouïe est celle qui fait qu'à l'occasion d'un son unique on en perçoit simultanément deux du même rhythme, mais différens; c'est la *double audition* analogue à la *double vue*. Sauvages a observé un cas de ce genre qui paraissait être l'effet sympathique d'un refroidissement, et qui dura peu. Cet auteur fait également mention d'un étranger dont l'ouïe était toujours frappée de deux sons simultanés à une octave de distance. Il dit que ce fait ne lui parut pas exactement raconté; car si les sons eussent été à cette distance l'un de l'autre, ils auraient produit dans l'oreille la douceur d'un accord; cela est vrai, mais ne prouve rien contre l'authenticité du fait; car entendre deux mots semblables dans un accord parfait, ce n'est pas moins entendre deux mots, et c'est ce dont se plaignait l'étranger. Itard fait mention d'une femme affligée d'une surdité en quelque sorte intermittente; quand l'ouïe paraît se rétablir, il lui arrive souvent d'entendre double tous les sons de sa voix, quand ils sont émis lentement et distinctement; celui qui fait répétition est toujours au-dessus, à quelque ton qu'elle fasse monter le son. En bouchant alternativement l'une ou l'autre oreille, elle entend séparément ou le son naturel ou le son aigu.

Les anomalies acoustiques ne présentent aucune indication thérapeutique spéciale, parce que les cas de ce genre qui ont été observés jusqu'à ce jour sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en déduire une règle pratique.

PARAGOMPHOSE, s. f., *paragomphosis*. Ce terme, qui est parfaitement synonyme de *gomphose* dans le langage anatomique, a été employé par Rœderer pour désigner une espèce d'enclavement de la tête dans la cavité du bassin, dans laquelle il suppose qu'elle serait serrée de toutes parts, au point qu'on ne pourrait y passer l'aiguille la plus fine, dans quelque endroit qu'on tentât de le faire. Un pareil enclavement ne saurait être admis; car il est impossible que la tête soit en contact avec tous les points de la circonférence du bassin; et, quelque fortement enclavée qu'elle puisse être, on parvient toujours à conduire le forceps sur l'un ou l'autre côté.

PARALYSIE, s. f., *nervorum resolutio*, *paralysis*. On désigne sous ce nom, 1°. la diminution marquée et l'abolition de l'influence que les nerfs exercent sur les muscles; 2°. l'état des nerfs qui ne transmettent plus au cerveau les impressions exercées sur eux. Il y a donc des paralysies du *mouvement* et des paralysies du *sentiment*. C'est ainsi qu'un ou plusieurs des muscles locomoteurs de l'œil peuvent être tombés dans l'inaction par la paralysie de leurs nerfs, tandis que la rétine et le nerf optique continuent à remplir le rôle qu'ils jouent dans la vision; d'autres fois c'est le contraire. Rarement, dans les organes des sens, la paralysie s'étend aux deux ordres de nerfs qui entrent dans leur composition, tandis que dans les membres le mouvement et le sentiment sont le plus ordinairement diminués ou abolis en même temps: lorsque le mouvement l'est d'abord seul, il est rare que le sentiment ne finisse point par s'éteindre, ce qui a toujours lieu quand la paralysie du mouvement va en augmentant. Il faut remarquer qu'une main, une jambe, par exemple, n'est pas moins que l'œil un organe destiné aux sensations, puisqu'il s'y trouve des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement, avec cette différence toutefois que la liaison d'action entre ces deux ordres de nerfs y est plus intime que dans les organes des sens proprement dits. Les viscères eux-mêmes sont encore des espèces d'organes de sensation dans lesquels le sentiment et le mouvement sont encore plus intimement liés que dans les membres, avec cette différence que l'un et l'autre sont peu marqués dans les viscères, surtout le premier, et que ces deux actions y sont soustraites à l'empire de la volonté et soumises à celui des besoins viscéraux auxquels président un troisième ordre de nerfs, celui des nerfs trisplanchniques. Les paralysies des viscères sont peu connues, précisément parce que leur sensibilité est encore plus intermittente que celle des organes des sens proprement dits, et parce que le mouvement d'au moins plusieurs d'entre eux est peu apparent; enfin parce que ces organes sont situés profondément, et qu'on

n'en connaît guère que les lésions de fonctions et les altérations de texture.

I. *Paralysie du mouvement.* Cet état morbide, que pour abréger nous appellerons tout simplement *paralysie*, n'est point une maladie des muscles; c'est un état morbide du cerveau, de la moelle épinière ou des nerfs, qui fait que les muscles ne reçoivent plus l'influence de la volonté ou des besoins involontaires; elle peut avoir lieu dans les muscles des organes des sens, du larynx, du cou, du thorax, de l'abdomen et des membres. Ce n'est que dans ces muscles qu'elle est passablement connue; encore ne sait-on rien sur la paralysie des muscles des osselets de l'ouïe. Dans la SYNCOPE il y a paralysie momentanée du cœur; dans l'ASPHYXIE il y a paralysie momentanée des muscles qui accomplissent les mouvemens respiratoires. Dans certaines INDIGESTIONS, il y a, sinon paralysie complète, au moins suspension momentanée de l'action de la tunique musculaire de l'estomac. La paralysie des fibres musculaires des intestins a lieu dans les maladies qui portent atteinte à l'intégrité de la moelle épinière. Quand ces maladies attaquent la partie supérieure de la moelle, elles finissent par arrêter le mouvement respiratoire lorsqu'elles sont arrivées à un degré suffisant d'intensité. Elles ne produisent pas nécessairement de même l'arrêt des contractions du cœur, à moins que leur influence ne s'étende à la portion de l'encéphale d'où naît la huitième paire. La paralysie de la vessie accompagne ordinairement celle du rectum dans les circonstances qui font naître celle-ci; mais la première peut, dit-on, dépendre d'une distension forcée des fibres musculaires de la vessie; s'il en est ainsi, il y a dans ce cas *incontractilité* de la tunique musculaire et non *paralysie*, puisque les nerfs de la vessie sont intacts. En est-il quelquefois de même des intestins, du rectum, de l'estomac et des muscles des membres? A en juger d'après ces derniers, les muscles ne cessent de pouvoir se contracter, hors le cas de paralysie, que lorsque par une cause quelconque ils sont devenus douloureux, ainsi qu'on l'observe à la suite d'une marche forcée, de l'extension ou de la flexion long-temps continuée d'un membre, ou bien à la suite d'une compression long-temps continuée des muscles, toutes causes qui peut-être affectent les nerfs non moins que les muscles eux-mêmes.

Considérée dans les nerfs des muscles soumis à la volonté, la paralysie est *partielle* ou *générale*; quand elle est partielle, on l'appelle *hémiplégie*, si elle s'étend à tout ou presque tout un côté droit ou gauche du corps; *paraplégie*, quand elle ne s'étend qu'à la moitié inférieure du corps; elle peut occuper en même temps un bras d'un côté et une jambe de l'autre, c'est ce qu'on appelle *hémiplégie transverse* ou *croisée*; enfin

elle est souvent bornée à un seul membre supérieur ou inférieur; encore moins étendue, elle peut n'affecter que les nerfs d'une partie des muscles de la face, de l'œil ou d'un membre, et même ceux d'un seul muscle.

Lorsqu'un seul muscle a cessé de pouvoir se contracter, on s'occupe peu de ce désordre, à moins qu'il n'en résulte l'immobilité d'un membre entier; ainsi la paralysie du deltoïde entraînant la perte presque complète de mouvemens d'abduction du bras, on s'occupe d'en rechercher la cause; elle a été attribuée à la compression, à la contusion des nerfs qui se rendent à ce muscle, opérée dans les tractions nécessaires pour la réduction de l'humérus. Mais on ne s'occupe guère, en général, à rechercher la cause de la paralysie des nerfs des fléchisseurs des deux derniers doigts, par exemple, dont nous avons en ce moment un exemple sous les yeux. Ces paralysies et toutes celles qui s'étendent à un très-petit nombre de muscles ou à un seul, sont pourtant, comme celles qui envahissent tout une moitié ou un quart du système musculaire, produites le plus ordinairement par une affection cérébrale ou rachidienne.

Toutes les fois qu'on est consulté sur l'immobilité d'une partie quelconque du corps, et dont les mouvemens sont soumis à l'empire de la volonté dans l'état normal, il faut s'assurer d'abord que les os et les articulations de la partie malade sont dans les conditions nécessaires pour la locomotion; ensuite il faut s'assurer que les muscles ne se gonflent point ni ne se raccourcissent sous l'empire de la volonté; enfin il faut s'assurer qu'ils ont d'ailleurs le volume ordinaire ou à peu près ordinaire, qu'ils sont mous, dans le relâchement. La réunion de ces signes ne permet pas de méconnaître la paralysie.

Le problème est plus difficile pour les muscles des viscères. On suppose souvent leur paralysie, quand ils ne sont que réduits à l'inaction par l'état de douleur des membranes muqueuses ou séreuses qui les revêtent, ou par la souffrance de leur propre tissu. Le cœur, le rectum et la vessie sont les seuls dont on puisse reconnaître la paralysie avec quelque certitude, à la cessation du mouvement circulatoire, à la persistance opiniâtre de la constipation, malgré la présence des matières fécales, à la rétention de l'urine amassée en grande quantité dans son réservoir.

Après avoir reconnu qu'une paralysie a lieu et qu'elle se manifeste dans tels muscles, il reste à déterminer si l'obstacle à l'influence nerveuse a lieu dans le trajet du nerf, dans la moelle épinière, ou bien dans le cerveau. Si le nerf n'a point été divisé complétement ni incomplétement, s'il n'a point été tiraillé, comprimé, contus, écrasé, s'il n'a été soumis à l'im-

pression directe d'aucun stupéfiant, si on n'observe sur son trajet aucune tumeur, s'il n'est douloureux dans aucun point de son étendue, on est autorisé à penser que le mal est dans la moelle épinière, ou dans le cerveau, ou peut-être dans les ganglions pour quelques cas rares.

Lorsque les fonctions sensitives et la pensée n'ont été nullement troublées, lorsque les organes des sens ont conservé leur intégrité, lorsque les parties dans lesquelles se manifeste l'inaction musculaire ne reçoivent des nerfs que de la moelle épinière, nous entendons des nerfs locomoteurs, tout porte à croire que la lésion dont la paralysie n'est que le symptôme, réside dans la moelle de l'épine. Si au contraire les facultés sensitives et intellectuelles ont été troublées, ne fût-ce qu'un instant, si un ou plusieurs des organes des sens a perdu, même un seul instant, la faculté de faire naître des perceptions, lorsque des parties qui reçoivent des nerfs locomoteurs de l'encéphale, ont été paralysées des premières, lors même que ces divers symptômes ont diminué ou même cessé, ceux de paralysie d'autres parties, qui persistent encore, doivent être attribués à une lésion encéphalique, à laquelle néanmoins la moelle épinière peut participer, mais secondairement.

Nous allons parler successivement de l'*hémiplégie*, de l'*hémiplégie transverse*, de la *paralysie* d'un *seul* membre *supérieur* ou *inférieur*, et de la *paraplégie*.

1. L'*hémiplégie* est une des espèces de paralysie à laquelle on applique le plus souvent cette dénomination générique; elle est constamment le symptôme d'une lésion grave de la partie de l'encéphale située du côté opposé à celui du corps où se manifeste l'inaction musculaire. Il n'y a point d'exception à cet égard. Si l'on a vu assez souvent le côté droit se paralyser, quoique le crâne eût été frappé à droite, c'est que le désordre, cause de l'inaction des muscles du côté droit du corps, s'était développé dans le côté gauche de l'encéphale; l'exception n'était donc qu'apparente. Cette opposition entre le siége du mal et celui du phénomène qui le caractérise, dépend de l'entrecroisement des nerfs qui ne peut plus être mis en doute.

Quelquefois une simple congestion sanguine, le plus souvent un épanchement sanguin, le plus ordinairement séreux ou purulent, dans un ventricule ou bien à la surface de la portion droite ou gauche de l'encéphale; enfin, dans beaucoup de cas, un ramollissement de la substance encéphalique, ou bien un tubercule squirreux, stéatomateux, encéphaloïde, quand la maladie a duré fort long-temps : telles sont les altérations de texture que l'on observe dans les cadavres des hémiplégiques. Ces traces sont parfois peu marquées; elles manquent aussi, mais seulement dans des cas très-rares, et qui le

deviennent de plus en plus, à mesure que l'art d'explorer les cadavres fait des progrès.

L'hémiplégie est la plus fréquente des paralysies; les trois quarts des paralysés sont hémiplégiques; elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; le côté droit de l'encéphale, et par conséquent le côté gauche de l'appareil musculaire est plus souvent affecté que le côté opposé; souvent elle succède à la paralysie momentanément générale, souvent aussi elle la précède. Les convulsions, la raideur tétanique, précèdent, accompagnent ou remplacent l'hémiplégie, puis sont remplacées par elle, chez les sujets dans lesquels l'inflammation de l'arachnoïde et celle du cerveau précède, accompagne, ou succède à l'épanchement sanguin, qui est la cause la plus ordinaire de ce mode de paralysie.

Ces symptômes spasmodiques ont lieu, soit dans les membres paralysés, soit dans les membres opposés; dans ce cas il y a lésion d'une nature dans un côté de l'encéphale, lésion d'une autre nature dans l'autre côté.

L'hémiplégie est produite par une hémorragie cérébrale quand elle survient brusquement, sans phénomènes spasmodiques précurseurs ou concomitans.

Elle dépend d'une inflammation du cerveau quand, survenue brusquement, elle a été précédée ou bien elle est accompagnée de phénomènes spasmodiques; et quand, survenue lentement, elle s'accompagne de céphalalgie, de douleur dans les membres inactifs, sans phénomènes spasmodiques.

Quand, à la suite des phénomènes spasmodiques occupant presque toujours les deux côtés du corps, et du délire sans paralysie, qui dénotent l'inflammation de l'arachnoïde, on voit la paralysie remplacer les convulsions dans un côté du corps, et les convulsions persister dans l'autre côté, on doit en conclure que la partie de l'encéphale opposée au côté paralysé s'est enflammée consécutivement.

Si, au contraire, à la suite des phénomènes spasmodiques dans un seul côté du corps, ou bornés à la face ou au bras, sans délire et très-promptement suivis de paralysie de ces mêmes parties, qui caractérisent l'inflammation du côté opposé de l'encéphale, on voit survenir des convulsions sans paralysie dans le côté du corps qui jusque là était demeuré intact, on doit en conclure que l'arachnoïdite succède à l'encéphalite.

Quand, après une hémiplégie survenue plus ou moins brusquement, des symptômes spasmodiques s'emparent des membres paralysés, on doit en conclure que l'encéphalite succède à l'épanchement sanguin dans le cerveau. Si des mouvemens convulsifs surviennent dans le côté non paralysé, l'arachnoïdite se joint à l'encéphalite et à l'hémencéphalie.

Lorsqu'un côté du corps est paralysé, si l'autre côté vient à se paralyser, on doit en conclure que la lésion d'un hémisphère se répète dans l'autre hémisphère, ou bien étend jusqu'à lui son influence. Il peut aussi y avoir hémorragie dans l'un, inflammation dans l'autre.

En somme, toute hémiplégie dépend d'une inflammation plus ou moins intense, ou d'une hémorragie plus ou moins abondante, d'un des côtés de l'encéphale, simples ou concomitantes, ou compliquées d'arachnoïdite; elle ne dépend d'une arachnoïdite simple que lorsqu'il se forme un épanchement séreux sur un hémisphère ou dans un ventricule, par suite de cette inflammation. Lallemand ne pense point ainsi; il pose en principe que l'hémiplégie ou plutôt la paralysie ne peut jamais être l'effet de l'arachnoïdite simple. Mais en cela il oublie ce qu'il a dit lui-même des résultats de la compression du cerveau, qui doivent être les mêmes quelle que soit la cause de compression.

L'hémiplégie provenant d'une encéphalite peut, à l'aide d'un traitement antiphlogistique très-actif, être promptement et complétement guérie sans laisser aucune trace, l'inflammation se terminant par résolution; celle au contraire qui dépend d'une hémorragie cérébrale se prolonge toujours, le caillot persistant après que l'épanchement s'est arrêté; il est rare que les membres recouvrent alors la plénitude de leur action.

Tel est le résultat très-sommaire des recherches de F. Lallemand sur l'hémiplégie.

Rien de plus déplorable que l'état d'un malade affecté d'hémiplégie complète: il gît étendu sur le dos; veut-il se lever, il se soulève avec peine du côté sain, et tombe comme une masse inerte sur son côté paralysé. De ce côté la paupière supérieure tombe, et son immobilité contraste avec les mouvemens que le globe de l'œil exécute; la vue n'a plus lieu de ce côté, la commissure opposée des lèvres est tirée du côté des muscles demeurés actifs: il en est de même de la langue. Si on soulève le bras, il retombe comme celui d'un cadavre demeuré chaud; la jambe et la cuisse sont également abandonnés à leur poids; la peau est peu perspirable, froide, mollasse, les chairs flasques; le malade essaie en vain de parler; il profère quelques sons inintelligibles, tels, mais plus faibles, que ceux d'un enfant à la mamelle; il ne peut crier. Veut-il témoigner sa satisfaction, son chagrin ou sa colère, un côté de la face devient gai, triste ou se contracte avec violence; l'autre côté demeurant impassible, ce qui forme un contraste déchirant: veut-il s'exprimer, s'il n'y parvient pas, des larmes coulent de ses yeux, et l'on s'étonne de trouver la sensibilité la plus vive, la plus entière, dans un être dont la moitié du corps est privée du

sentiment. La déglutition ne se fait qu'avec de violens efforts à moitié inutiles, et par conséquent elle n'a lieu qu'incomplétement. Les boissons, tombant sur la glotte, provoquent une toux violente qui cause des secousses nuisibles au cerveau. La respiration ne se fait qu'incomplétement, et pour ainsi dire d'un seul côté. A mesure que l'état morbide cérébral augmente, elle devient de moins en moins active; il faut placer alors le malade sur le côté paralysé, afin qu'il respire aussi pleinement que possible du côté sain. Le membre inférieur est en général un peu moins inhabile au mouvement que le supérieur.

On ne sait pas jusqu'à quel point les viscères qui reçoivent des nerfs encéphaliques ou rachidiens, les ganglions des nerfs trisplanchniques, et ces nerfs eux-mêmes, participent à l'état morbide du cerveau; mais il est probable qu'ils ne participent qu'incomplétement ou tardivement à l'état de paralysie, puisque la mort n'est le résultat de l'hémiplégie que lorsque le cerveau est profondément lésé, ce qu'annoncent la diminution et enfin l'abolition des facultés sensitives, affectives et intellectuelles.

Depuis ce plus haut degré de l'hémiplégie jusqu'à la plus légère, qui dure à peine quelques minutes, il est une foule de variétés. Quand elle n'est pas complète, et même dans quelques cas où elle l'est, on voit successivement l'action musculaire volontaire se rétablir d'abord dans le pied, puis la jambe et la cuisse, ensuite la main, l'avant-bras, le bras, et enfin la face, la commissure des lèvres et la paupière; celle-ci demeure souvent paralysée en grande partie, quand le reste des muscles a cessé tout à fait de l'être.

Au reste, la guérison complète de l'hémiplégie est assez rare; le plus ordinairement il reste de la faiblesse dans plusieurs, dans un seul des membres qui ont été affectés, ou du moins de l'embarras dans la parole. L'hémiplégie s'établit ordinairement de haut en bas, et cesse de bas en haut; aussi les organes de la voix sont ceux qui restent le plus long-temps et le plus gravement lésés. Il est à remarquer que, chez plusieurs sujets, le mouvement revient avec une lenteur extraordinaire et une gradation à peine sensible, mais parfaitement uniforme. Il n'est pas rare de voir des personnes éprouver plusieurs attaques d'hémiplégie.

Le traitement de l'hémiplégie récente n'est que celui de l'hémorragie cérébrale ou HÉMENCÉPHALIE, de l'ENCÉPHALITE, de l'APOPLEXIE. En finissant cet article, nous parlerons des moyens qui ont été recommandés contre la paralysie en général, notamment contre la paralysie ancienne.

On ne s'est pas contenté de rechercher le siége de la lésion encéphalique dont l'hémiplégie est le symptôme; on a voulu

savoir les rapports spéciaux de la lésion de certaines parties de l'encéphale avec cette paralysie et celle d'un seul membre inférieur ou supérieur. Foville et Pinel-Granchamp ont conclu de quelques observations, que la lésion du corps strié et des fibres du lobule antérieur, détermine la paralysie de la jambe; que celle du bras est produite par la lésion de la couche optique et des fibres du lobule postérieur. L'hémiplégie résulte d'une lésion qui occupe à la fois ces parties. Telle est aussi l'opinion de Serres : toute hémiplégie annonce, suivant lui, dans l'hémisphère cérébral opposé aux muscles inactifs, une lésion des moitiés correspondantes de la couche optique et du corps strié ou des radiations qui en proviennent. Une seule fois il a trouvé la partie antérieure du corps strié et la partie postérieure de la couche optique affectées. Si la paralysie est plus forte dans le bras, l'altération est plus profonde dans la couche optique; si la paralysie est plus forte dans la jambe, la lésion est plus profonde dans le corps strié. Il appuie ces propositions sur des considérations anatomiques, des observations pathologiques et des expériences sur les animaux.

Si ces résultats se confirment, l'*hémiplégie transverse* ou *croisée*, qui se manifeste dans le membre supérieur d'un côté et le muscle inférieur de l'autre, doit être attribuée à une lésion de la couche optique, ou de ses radiations dans un hémisphère, et du corps strié, ou de ses radiations dans l'autre hémisphère. La paralysie supérieure, ou celle qui serait bornée aux membres thoraciques, supposerait l'altération des couches optiques, ou de leurs radiations; et la paralysie inférieure, c'est-à-dire, celle des membres pelviens, dénoterait la désorganisation des corps striés ou de leurs radiations; lorsque toutefois ces paraplégies ne dépendraient point d'une lésion de la moelle allongée ou de la moelle épinière. Enfin la paralysie d'un seul bras indiquerait la lésion d'une des couches optiques, et la paralysie d'un seul membre inférieur, celle d'un des corps striés.

Cette théorie, fondée sur quelques faits, rappelle les cadres heureux des naturalistes qui ont marqué d'avance la place d'êtres non encore découverts, en même temps qu'ils classaient les êtres déjà connus. Les faits de paralysie sur lesquels repose cette théorie, et tous ceux qui ont été observés depuis qu'on ouvre des cadavres, militent contre l'opinion de Flourens. Cet expérimentateur n'accordant aux lobes cérébraux d'autres fonctions que celles de vouloir, juger, se souvenir, voir, entendre, en un mot, dit-il, sentir, il en résulterait que, si un épanchement sanguin dans l'hémisphère gauche s'oppose à ce que le bras droit agisse, c'est parce que le malade cesse de vouloir; tandis qu'au contraire il n'est presque pas un hémi-

plégique qui ne tende sans cesse sa volonté pour exécuter les mouvemens dont il est privé. Dans la théorie de Flourens, on ne voit pas quelle partie de l'encéphale concourt à la locomotion, en tant qu'agent nerveux central, abstraction faite de toute coordination de mouvement. L'animal auquel Flourens dit avoir enlevé le cervelet ne peut plus diriger ses mouvemens, mais enfin il n'a pas perdu la faculté de se mouvoir. Il ne départit pas cette faculté à une seule des parties de l'encéphale, mais à toutes. L'ablation des lobes cérébraux affaiblit, dit-il, les mouvemens, celle du cervelet les affaiblit davantage; celle de la moelle épinière, de la moelle allongée ou des nerfs les abolit radicalement. On peut répondre à cela que, dans un grand nombre de cas, un épanchement subit de sang, gros comme un pois, dans un hémisphère, anéantit tout à coup et sans retour le mouvement musculaire dans tout le côté opposé du corps. Par conséquent, il est faux que la lésion des lobes cérébraux ne fasse qu'affaiblir la faculté locomotrice. Il est vrai que Lallemand a fourni d'avance à Flourens le moyen d'échapper à cette objection : Quand, dit-il, la portion du cerveau tuméfiée par l'inflammation ne peut trouver d'issue pour se développer au dehors, elle doit comprimer les parties voisines; l'hémisphère sain doit être plus ou moins gêné par l'expansion de l'hémisphère enflammé. Cette tuméfaction explique, suivant lui, pourquoi l'étendue des altérations pathologiques n'est pas toujours en harmonie avec la gravité des symptômes; pourquoi on ne trouve qu'un ramollissement de l'étendue d'une noisette après une hémiplégie complète accompagnée de mouvemens convulsifs; pourquoi, sur la fin de la maladie, la paralysie devient quelquefois générale, quoiqu'un seul côté du cerveau soit affecté; et ce qui le prouve, dit il, c'est que les malades chez lesquels une large ouverture au crâne a permis au cerveau de se dilater librement à l'extérieur, ont conservé l'intégrité de la vue et de l'ouïe du côté non paralysé, n'ont éprouvé qu'un léger affaiblissement de ces mêmes organes de l'autre côté, et ont conservé jusqu'à la fin l'exercice plus ou moins libre de leurs facultés intellectuelles : ce qui ne laisse aucun doute, c'est que toutes les fois qu'en pareil cas on a voulu, par un moyen de compression, s'opposer à l'issue du cerveau, les malades sont tombés dans le coma, ont perdu la conscience de leur être. Cette explication, toute mécanique qu'elle est, est fort bonne et tout à fait admissible pour les cas où la paralysie est due au ramollissement, et par conséquent à l'inflammation. Mais elle n'est plus admissible quand il s'agit de la paralysie par un épanchement sanguin, qui, au moins pendant un certain temps, n'est point accompagné d'inflammation, ni par conséquent de gonflement.

Nous n'insisterons pas davantage sur la nature et le siége des lésions encéphaliques dont la paralysie peut être le symptôme. Faisons des vœux pour que des recherches faites sur un plan moins étroit et plus philosophique, mettent fin aux controverses qui ont remplacé les ténèbres qui couvraient naguère cette partie de la science.

II. Toute altération assez intense de la moelle épinière détermine une paralysie des muscles dont les nerfs prennent naissance au-dessous de la portion lésée du prolongement rachidien. Quand la paralysie n'a lieu que d'un seul côté, c'est du côté où gît l'altération de la moelle, tout au contraire de ce qui a lieu pour les parties situées au-dessus des pyramides. La paralysie des bras et des membres inférieurs peut être l'effet d'un ramollissement de la partie supérieure de la moelle épinière, ainsi qu'on l'observe dans quelques cas peu communs de ce qu'on appelle si improprement *maladie de Pott*. La mort arrive avant que la paralysie soit complète. Le plus souvent les lésions de la moelle épinière sont situées à la fin de la région dorsale ou à la région lombaire, et la paraplégie inférieure en est la suite. C'est la seule cause bien constatée de cette paraplégie, plus commune chez les animaux que dans l'espèce humaine, quoiqu'elle ne soit pas rare chez cette dernière, principalement chez les hommes. Nous allons en parler.

La *paraplégie* proprement dite, celle qui affecte les membres inférieurs, symptôme d'une lésion de la moelle épinière, ainsi que nous venons de le dire, peut être l'effet d'une compression, d'une congestion sanguine, d'une hémorragie, d'un ramollissement, d'une inflammation de cette partie du système nerveux, d'un épanchement séreux, déterminés par des chutes, des contusions sur la colonne vertébrale, par la fracture, le déplacement, l'inflammation, la suppuration des vertèbres. *Voyez* RACHIS et SPINITE.

Tantôt elle est subite, tantôt elle vient lentement. Dans le premier cas, le sujet veut élever la jambe, en montant par exemple, et tout à coup il éprouve un obstacle invincible et tout à fait inconnu; dans le second, il y a d'abord lassitudes spontanées ou provoquées par la marche la moins fatigante, affaiblissement progressif, parfois chute sur les genoux sans cause apparente. Quand enfin la paralysie est manifeste, les membres inférieurs restent dans la flexion, cessent de pouvoir être étendus par le malade, et souvent même par les assistans. Quand la paralysie est au plus haut degré, elle s'étend au rectum et à la vessie; celle-ci se remplit d'urine, celui-là de matières fécales; la première ne coule que par regorgement, et nécessite l'usage de la sonde; les dernières provoquent l'irritation du gros intestin, des diarrhées momentanées à l'aide

desquelles elles coulent au dehors, ou bien elles séjournent et s'accumulent au point qu'on est dans l'obligation de l'extraire avec une cuiller.

Si l'hémiplégie est la compagne presque inséparable de la plupart des apoplexies, il n'en est pas de même de la paraplégie; celle-là est presque toujours encéphalique; celle-ci est presque constamment rachidienne, si même elle ne l'est toujours; mais elle peut coïncider avec une apoplexie légère. Alors seulement il se manifeste des symptômes dans l'action des organes des sens céphaliques, et dans l'intellect.

Les résultats de la paraplégie sont peu fâcheux sur les organes de la digestion, qui même sont souvent très-actifs; dans ce cas la nutrition se fait parfaitement et le sujet acquiert de l'embonpoint, du moins dans la partie supérieure de son corps, tandis que les membres inférieurs tombent, lentement à la vérité, dans l'amaigrissement et le marasme que parfois un œdème volumineux dissimule.

De même que l'hémiplégie n'a d'autre pronostic que celui des maladies de l'encéphale, dont elle est le symptôme, la paraplégie n'en a pas d'autre que celui des maladies de la moelle qu'elle caractérise; elle abrége, moins que l'autre, le cours de la vie; elle est bien moins insupportable, puisqu'elle laisse pour l'ordinaire intactes les fonctions cérébrales. Les organes de la génération participent souvent à l'inertie des muscles lombaires et de ceux des membres inférieurs; souvent aussi ils demeurent susceptibles d'érection, de coït, et même ils sont très-irritables, et le sujet ne perd point sa salacité. Ce dernier cas est surtout commun dans la paraplégie des sujets adonnés à la masturbation, pratique qui malheureusement est, avec l'abus du coït, une des causes les plus puissantes et les plus communes de ce genre de paralysie; mais, par une singularité dont on ne peut se rendre compte, la paralysie, suite d'abus dans le coït, est toujours accompagnée d'inaptitude à l'érection.

Les expériences de Bell et de Magendie tendent à établir qu'il suffit d'une lésion des côtés antérieurs de la moelle épinière pour que la paraplégie ait lieu. Royer-Collard rapporte, à l'appui de cette opinion, le fait suivant : Un ancien militaire, resté pendant dix ans dans une maison d'aliénés, ne se plaisait qu'au lit, répondait à peine aux questions qu'on lui adressait; sa démarche était chancelante, ses membres inférieurs vacillans, les supérieurs libres, le pouls faible et lent. Quelquefois ce malade, sortant de son apathie, devenait hargneux, méchant, et cherchait à frapper. Les membres pelviens devenant de plus en plus faibles, il lui devint impossible de marcher. Depuis sept ans il restait les cuisses fléchies sur le bassin, et les

jambes sur les cuisses, sans jamais exécuter aucun mouvement de ces parties, qui pourtant conservaient de la sensibilité. Il comprenait, mais ses réponses n'étaient point articulées; il ne vivait plus que pour boire, manger, et se mettre quelquefois en colère; il rendait involontairement les urines et les matières fécales. Il fut pris d'une diarrhée de plus en plus abondante; son pouls devint presque insensible, sa maigreur extrême; il mourut trois semaines après. La pie-mère, qui recouvre les éminences olivaires et pyramidales, ainsi que la face antérieure de la moelle épinière, étaient très-denses, bleuâtres, pointillées. Cette coloration était limitée de chaque côté par les racines antérieures des nerfs rachidiens et le ligament dentelé : en haut elle diminuait insensiblement sur la commissure du cervelet, au bord de laquelle on n'en voyait plus de traces; en bas elle finissait avec la moelle. Cette membrane ayant été enlevée, on trouva les corps olivaires et pyramidaux grisâtres et mous comme de la bouillie. Le ramollissement se continuait en diminuant progressivement sur toute la partie antérieure de la moelle, et dans presque toute l'épaisseur des faisceaux fibreux qui la forment. Vers l'encéphale, on pouvait le suivre à travers la commissure du cervelet, dans les cuisses du cerveau, les couches optiques, les corps striés, et quelques-unes des circonvolutions cérébrales, surtout vers la partie moyenne droite. Les racines antérieures des nerfs rachidiens pouvaient encore être distinguées sur les faisceaux qui leur donnent naissance; mais elles n'avaient pas leur consistance accoutumée. Le reste de l'encéphale était sain; la commissure du cervelet contrastait, par sa consistance, avec les parties voisines, ramollies. La face postérieure de la moelle épinière et la membrane qui la recouvre étaient dans l'état sain.

Cette observation milite en faveur de l'opinion de Bell et Magendie, qui attribuent le mouvement à la moitié antérieure de la moelle; mais elle est opposée à cette opinion, parce que les bras étaient restés libres. Par cette même raison elle est en opposition avec les opinions de Serres; car les couches optiques étaient ramollies aussi bien que les corps striés. Mais, dans un cas cité par Rullier, les bras ayant conservé le sentiment, perdu le mouvement, et les membres inférieurs étant demeurés mobiles et sensibles, on a trouvé les deux tiers inférieurs de la partie cervicale et le tissu supérieur de la portion dorsale de la moelle épinière convertis postérieurement en un liquide presque incolore; dans lequel nageaient çà et là quelques flocons de matière médullaire, réduite antérieurement à une lame mince de substance blanche, large de deux lignes. Nous parlerons plus en détail de ce fait à l'article SPINITE, et nous ferons voir par quelles subtilités on en a esquivé les conséquences naturelles, et avec quelle étrange inconséquence

on en a tiré des conclusions opposées à l'observation la plus constante.

On voit que, pour la paralysie de la moelle, comme pour celle de l'encéphale, on est encore plongé dans l'incertitude, mais du moins des jalons sont plantés; il n'y a plus qu'à continuer les recherches commencées par de zélés expérimentateurs.

III. La paralysie d'un seul bras ou d'une seule jambe a moins fixé l'attention des observateurs que celle des moitiés latérale et inférieure du corps; nous en avons parlé, par anticipation, à la suite de l'hémiplégie, avant de nous occuper de la paraplégie. Il semble que la paralysie bornée au bras soit une demi-hémiplégie, et la paralysie bornée à la jambe une demi-paraplégie; néanmoins il paraît, d'une part, que la première peut dépendre d'une lésion de la moelle, et, de l'autre, que la seconde peut dépendre d'une lésion de l'encéphale. Le temps éclaircira peut-être ces obscurités. Elles sont encore plus considérables à l'égard de la paralysie partielle d'un membre, c'est-à-dire, de celle qui est bornée à un ou plusieurs muscles, au releveur de la paupière supérieure, aux releveurs de la tête, au deltoïde, au fléchisseur du petit doigt, etc. Avec quel soin ne faut-il pas se faire rendre compte de tous les maux légers ou intenses que le sujet a éprouvés, même un grand nombre d'années auparavant, et combien de fois ne demeure-t-on pas dans l'incertitude sur l'origine de ces paralysies? Au reste, dans la plupart des cas les praticiens n'y regardent pas de si près : une paralysie étant donnée, chercher et trouver un stimulant local ou interne qui la guérisse; à cela se réduit le problème qu'ils se proposent de résoudre, et dans lequel l'empirisme décide. Il faudra dorénavant procéder plus méthodiquement.

IV. Les paralysies dont nous venons de parler sont toutes permanentes, du moins nous les avons considérées comme telles. Venues tout à coup ou lentement, et dans ce cas annoncées par l'affaiblissement progressif, les défaillances des membres, les picotemens dans l'intérieur de ces parties, ou précédées de vives douleurs, ces paralysies tantôt sont le signe d'une lésion promptement mortelle de l'encéphale ou de la moelle, tantôt elles se prolongent indéfiniment avec ces mêmes lésions, et suivent leur accroissement successif, ou décroissent lentement avec elles dans les cas les plus heureux, ou enfin, dans des cas plus heureux encore, apparaissent et cessent en peu de jours: c'est quand la lésion de l'organe est peu profonde, chez un sujet jeune encore, dont la prédisposition n'est pas très-marquée, et quand le traitement méthodique est appliqué dès le début.

Mais il est des paralysies intermittentes; il en est d'irrégu-

lièrement périodiques; il en est enfin d'anomales pour le siége et pour leur apparition. Ces paralysies qui se manifestent, cessent et reviennent à des époques fixes ou inégales, sont-elles dues à d'autres altérations organiques que celles qui durent plus ou moins sans interruption? L'analogie ne permet pas de répondre autrement par l'affirmative; elle avertit seulement que, dans les cas de paralysie périodique, la lésion doit être moins profonde, plus rémédiable que dans le cas de paralysie fixe. L'anatomie se tait aussi long-temps que la mort du sujet n'arrive point; mais il est probable qu'elle révèle la vérité de ce que nous venons d'avancer, quand le sujet périt enfin. Riobé n'a-t-il pas prouvé que chaque attaque d'apoplexie annuelle, par exemple, ou plus souvent répétée dans le cours d'une année, laisse les mêmes traces, et que les traces de celles qui ont été suivies d'une guérison plus ou moins longue, offrent seulement quelques particularités relatives au procédé de cicatrisation? Si plusieurs apoplexies survenues à des intervalles de plusieurs mois, d'un ou deux ans, sont des maladies de même nature, la paralysie intermittente, régulière ou irrégulière, doit être de même nature que la paralysie continue, sauf les différences d'intensité; ainsi il n'y aura pas, je suppose, un épanchement sanguin, mais une congestion sanguine, ou une irritation momentanée de la substance cérébrale, assez forte pour nuire à l'influence des nerfs sur le mouvement musculaire, pas assez pour ne pouvoir se dissiper rapidement.

Sauvages parle d'une hémiplégie et d'une paraplégie intermittentes. Torti a fait une fièvre pernicieuse avec des cas de ce genre. Les observations de Sauvages sont si peu connues, que nous devons les consigner ici. Un homme âgé de cinquante ans éprouvait depuis un mois une céphalalgie légère, lorsqu'un soir d'été il ressent une chaleur brûlante autour du front; cette chaleur cesse, puis est remplacée par une douleur lancinante à l'occiput; pouls plus fréquent et plus plein qu'à l'ordinaire; sommeil interrompu par des songes effrayans et des vertiges; l'accès finit au bout de huit heures; il revient à quatre heures de l'après-midi, et finit à six heures du matin pendant neuf jours. Le quatrième jour, la chaleur du front et la douleur de l'occiput augmentent; *à chaque accès tout le côté gauche devient paralytique*, la bouche est tordue et tournée vers le côté sain; le malade pouvait à peine remuer la tête; et, lorsqu'il se se décidait à la mouvoir, il sentait un cliquetis dans son cou, et grinçait des dents; le pouls était inégal dans l'artère temporale, tremblant par intervalles et légèrement redoublé, égal dans la radiale; la parole était gênée, les lèvres tremblaient, la cuisse du côté gauche était presque immobile. Ces symptômes disparaissaient avec la chaleur de la fièvre, et reparaissaient

avec elle. Le malade ne se trouvant pas mieux après la saignée et un purgatif, on purgea une seconde fois; il se trouva plus mal; on lui donna trois fois par jour le quinquina en décoction avec la racine d'angélique, la poudre de guttète, le nitre; il guérit en neuf jours.

Dans un jour d'été, un enfant de quatre ans ressentit une douleur si vive dans chaque talon, que rien ne pouvait le soulager; cette douleur ne s'apaisa qu'au bout d'une demi-heure, par l'enflure des pieds et des jambes; alors toutes ces parties furent privées du sentiment et du mouvement. Elles étaient froides au toucher, tandis que tout le reste de l'habitude du corps était plus chaud qu'à l'ordinaire. Ces symptômes ne durèrent que sept heures. Le lendemain même douleur, enflure, paralysie, froid, œdème et fièvre; ces symptômes disparurent encore au bout de sept heures. Ils allèrent en diminuant jusqu'au huitième jour, auquel ils cessèrent. On avait administré la manne, le sirop de Glauber; puis un opiat composé de quinquina et de racine de pivoine.

J. Rhodius parle d'un Italien qui était attaqué de paralysie de la langue et des deux bras, pendant deux heures, deux ou trois fois par an. Charles Lepois a observé une paralysie des membres qui revenait chaque mois chez un homme âgé; elle était accompagnée d'envie de dormir, de lassitude, d'oubli et d'un léger délire. Wolf vit un homme dont les pieds se paralysaient, après de violentes coliques, dans la quatrième semaine de chaque mois.

V. La *paralysie du sentiment*, dont jusqu'ici nous avons fait abstraction, accompagne le plus souvent la paralysie du mouvement; néanmoins, excepté les cas où celle-ci est très-intense, elle ne s'y joint que quand le mouvement est plutôt aboli que diminué. Il est même des cas où des élancemens et de vives douleurs se font sentir dans le membre inactif. Sauvages a dit sur la paralysie du mouvement, quelque chose qui n'a pas été lu avec attention : les muscles, dit-il, cessent de se contracter, le tact est aboli, obscur ou émoussé, selon que la paralysie attaque les nerfs qui se distribuent dans les muscles seulement, ou ceux qui vont à la peau. Il a décrit, sous le nom d'*anaisthésie*, la perte du sentiment sans altération du mouvement musculaire, dont on ne s'est pas occupé jusqu'à ces derniers temps, parce qu'il a plu à Pinel de ne point parler de l'insensibilité de la peau. L'anaisthésie peut, selon Sauvages, être la suite d'un spina-bifida, de la pléthore; il en admet une espèce chez les enfans nouveau-nés qui offrent tous les signes de l'asphyxie, quoique d'ailleurs on sente le battement des artères; comme quatrième espèce, il signale l'insensibilité de la peau qui a lieu dans la mélancolie.

Roche a rapporté deux exemples remarquables de paralysie du sentiment dans les membres, sans paralysie du mouvement. Lallemand, ne pensant pas comme Sauvages, que les nerfs qui se rendent à la peau et ceux qui vont aux muscles soient d'une nature différente et puissent être affectés isolément, attribue à une tout autre cause la persistance du sentiment dans les membres privés du mouvement. Il trace ainsi le tableau de la marche des accidens dans les cas de ce genre : le bras commence par être engourdi, faible, puis il perd tout à fait le mouvement ; alors, quand on pince fortement la peau, le malade témoigne de la douleur sans pouvoir retirer son bras ; la maladie faisant des progrès, la jambe perd aussi le mouvement, conserve la sensibilité ; mais le bras la perd en même temps, et elle finit par disparaître aussi quelquefois à la jambe. Il en conclut que, toutes les fois que la paralysie n'a porté que sur le système musculaire, c'est qu'elle était faible, ce qui se réduit à dire que la sensibilité persiste plus long-temps que la myotilité. Le mouvement volontaire d'un membre est, dit-il, le produit d'un acte spontané du cerveau ; la perception de l'impression produite à l'extrémité d'un nerf est un acte indépendant de la volonté, qui n'exige point par conséquent que le cerveau entre spontanément en action. Il est facile de concevoir que la partie malade du cerveau soit assez altérée pour ne pouvoir plus avoir une influence active sur les nerfs qui en dépendent, et pas assez pour qu'elle ne puisse plus recevoir l'impression qui lui est communiquée par ces mêmes nerfs ; précisément dans les cas où le sentiment persiste, l'altération cérébrale doit être peu considérable, puisque la paralysie du mouvement est alors incomplète. Pour dernier argument, il fait ressouvenir que des malades qui ne peuvent mouvoir volontairement leurs membres, les retirent quand on leur pince fortement la peau. La persistance de la sensibilité, malgré la paralysie du mouvement, n'a guère lieu, selon ces observateurs, que dans l'inflammation de l'encéphale, parce qu'alors l'altération de l'organe se fait lentement ; on ne l'observe guère dans le cas d'épanchement sanguin dans la substance cérébrale, parce qu'alors l'organe est subitement et fortement altéré. Ne pourrait-on pas dire que toute altération locale même peu étendue du cerveau fait cesser le mouvement, tandis qu'il faut qu'une partie étendue de cet organe soit altérée profondément pour que le sentiment cesse d'avoir lieu ? mais il faudrait pour cela qu'il y eût une désorganisation vaste et profonde dans tous les cas où il y a seulement paralysie du sentiment, ce qui n'est pas.

La paralysie du sentiment indépendant de toute paralysie du mouvement ne se manifeste pleinement que dans les organes

des sens autres que la peau ; l'œil, l'oreille en fournissent les exemples les plus remarquables ; elle est plus rare pour l'organe de l'olfaction, plus rare encore pour celui du goût; nous avons parlé ou nous parlerons de cette paralysie à l'occasion de chaque organe des sens et de l'action de chacun. *Voyez* AMAUROSE, GOUT, OLFACTION, PEAU, SURDITÉ, TOUCHER.

La paralysie du sentiment dans les organes génitaux est le partage de la vieillesse, et la triste prérogative de quelques jeunes gens ou adultes dont la vieillesse anticipée est pour eux un sujet de désespoir. Ce n'est pas que les organes des uns et des autres soient devenus insensibles à toute espèce de stimulans; les corps mécaniques, les agens chimiques, le froid agissent sur leurs organes; mais la vue, le souvenir d'une personne d'un autre sexe, le toucher même, n'occasionent plus cette sensation voluptueuse à la suite de laquelle l'organe s'érige et devient apte à la copulation. La sensibilité n'est pas encore tout à fait éteinte, que l'érection ne peut déjà plus avoir lieu, et c'est un tourment de plus. Ce genre de paralysie est l'effet inévitable de la vieillesse, ou de l'excès des plaisirs: on ne sait quelle en est la cause, elle ne laisse pas de trace dans les cadavres, et c'est le genre de paralysie le plus rebelle; tant il est vrai qu'une lésion grave peut ne laisser aucune trace, sans que pourtant on puisse en méconnaître le siége.

Il n'y a pas de paralysie du sentiment connue dans les viscères thoraciques et abdominaux, et c'est sans doute à cause de cela qu'on ne sait à peu près rien sur la paralysie du mouvement qui peut y avoir lieu; c'est qu'en effet, de tous les organes doués de sentiment et de mouvement, les viscères respiratoires, circulatoires et digestifs sont les plus obtus, c'est-à-dire, ceux qui développent le moins de sensations, avec cette différence que l'estomac en développe plus que le cœur et le poumon, et que le cœur est doué d'un mouvement plus manifeste que les deux autres. On peut objecter à cela que le mouvement respiratoire a lieu dans les muscles thoraciques et le diaphragme, le mouvement digestif en partie dans les muscles gastro-intestinaux, dans le diaphragme et les muscles des parois de l'abdomen et que; c'est dans ces muscles qu'il faut chercher la paralysie du mouvement dont ils sont susceptibles. L'ASPHYXIE et l'INDIGESTION ne sont peut-être pas autre chose dans certains cas.

Il manque des faits et un bon livre sur la paralysie; nous ne nous arrêterons point davantage à parler de ces symptômes et des lésions qui y donnent lieu; quelques mots sur le traitement termineront cet article si étendu, et pourtant si peu riche en données positives.

VI. A la vue d'un membre immobile, d'un organe insensible,

la première idée qui vient à l'esprit, c'est que la *force*, la *sensibilité* leur manque, et qu'il faut recourir à l'usage des fortifians, des toniques, des excitans, des irritans. L'idée de faiblesse a de tous temps été presque irrévocablement liée à l'idée de paralysie: aussi on a proposé et mis en usage contre ce phénomène morbide tous les moyens susceptibles d'exciter la sensibilité de la peau, de l'œil, de la membrane pituitaire, de l'oreille, du goût, de la membrane digestive. On ne pourrait dénombrer ici tous ces moyens; ce sont tous ceux de l'attirail excitant de nos pharmacies, de la chirurgie, de la mécanique, et même de la physique. Lors même qu'on s'apercevait des bons effets d'un remède adoncissant ou des émissions sanguines, on n'en persistait pas moins à penser que la partie était affaiblie, au moins dans l'origine de ses nerfs. Peu à peu on s'aperçut néanmoins que ces toniques étaient le plus souvent inutiles; que parfois ils devenaient nuisibles; que la paralysie pouvait dépendre de l'irritation d'une expansion nerveuse; mais on n'en était pas encore venu à croire qu'une inflammation du cerveau avait pour résultat ordinaire l'immobilité des muscles et l'insensibilité des nerfs; on s'en faisait une idée opposée. Il était réservé à Lallemand de prouver que la paralysie, comme tant d'autres asthénies apparentes, n'est, dans beaucoup de cas, que l'effet d'une inflammation.

Est-il raisonnable d'attribuer à la compression qu'exerce un épanchement séreux ou sanguin sur l'encéphale, dans ses ventricules ou sa substance, la paralysie du sentiment ou du mouvement, qui en sont ensemble ou isolément la suite? On ne peut, selon nous, penser ainsi que dans le cas où l'on fait cesser la paralysie en procurant une issue au dehors à ces liquides, dans le cas de lésion traumatique de l'encéphale; encore peut-être est-ce la présence du liquide lui-même, l'impression qu'il fait, plutôt que la compression qu'il exerce, et que l'on exagère toujours, qui détermine la paralysie. Comment une demi-cuillerée de pus répandu sur la surface d'un hémisphère pourrait-elle le comprimer assez pour déterminer la stupeur et la mort, quand il faut la pression d'une pièce osseuse pour produire un tel effet? Encore dans ce cas, dès que l'os est replacé, les accidens cessent, tandis qu'il n'en est pas toujours de même quand un liquide, produit de l'inflammation ou de l'exhalation, comprime l'encéphale.

De quelque manière au reste que naisse le liquide épanché dans le crâne ou le rachis, il nuit; il serait donc bon de trouver un moyen de l'évacuer, et c'est ce qu'on a fait quelquefois avec succès quand le désordre était l'effet d'une violence exercée sur le crâne; il ne faut point penser à un pareil moyen dans tout autre cas. *Voyez* CRANE et TRÉPAN.

On a cherché des moyens pour faire résorber les liquides épanchés dans l'encéphale ou le rachis; c'est toujours parmi les substances susceptibles d'accélérer l'action des sécréteurs de la sueur, de l'urine, de la salive ou du mucus intestinal qu'on les a choisis; plus d'un médecin dit et croit avoir réussi, mais les faits ne sont ni assez nombreux, ni assez concluans pour qu'on en puisse rien conclure. En employant des moyens de ce genre, on doit craindre que leur action ne se dirige précisément sur les parties où l'on voudrait voir cesser l'exhalation. C'est ce qui fait qu'on n'a réellement aucun moyen efficace de ralentir ou faire cesser les épanchemens séreux ou sanguins, causes des paralysies; peut-être aussi cela vient-il de ce que ces épanchemens sont l'effet de la lésion d'où dépend la paralysie elle-même, et non la cause de celle-ci, comme on se l'imagine trop souvent. *Voyez* APOPLEXIE, HYDROCÉPHALE, HYDRORACHIS.

Ce n'est point la compression, mais bien la désorganisation qui détermine la paralysie, dans le cas où elle est due à l'inflammation du cerveau ou de la moelle épinière; ira-t-on, en pareil cas, attaquer la paralysie par des toniques, des excitans, des dérivatifs, qui tous sont irritans ou sont nuls? *Voyez* ENCÉPHALITE, SPINITE.

Il résulte de là que toute paralysie aiguë récente ne doit être attaquée que par les moyens appropriés à l'état morbide présumé de l'encéphale, de la moelle épinière, ou du nerf lui-même, dans le cas où la paralysie dépend d'une lésion primitive de celui-ci, et jamais par l'emploi banal et empirique des excitans.

Quand la paralysie du sentiment ou du mouvement est ancienne, et qu'il ne reste aucun signe qui annonce un état d'irritation à l'origine ou sur le trajet du nerf, quand il n'y a aucun retour de douleur, de spasme, aucune exacerbation de la paralysie, on peut tenter les stimulans modérés à l'intérieur, on peut agir plus fortement encore à l'extérieur, par des moyens tels que les frictions sèches, les rubéfians, la chaleur, les bains chauds sulfureux, ceux de mou de raisin, l'urtication, la flagellation, les vésicans, le moxa, la cautérisation, l'électricité, le galvanisme; à l'intérieur, les alcooliques, les huiles essentielles, l'ammoniaque, les teintures amères, âcres, aromatiques, le quinquina, la noix vomique, la féve de Saint-Ignace, les cantharides, etc.

Il est fort rare que tout cet arsenal de l'empirisme réussisse; souvent il nuit; quand il est avantageux, ce n'est qu'en hâtant un rétablissement qui aurait eu lieu spontanément, mais avec lenteur. Il ne faut donc jamais se hâter de les employer à la suite des accidens qui ont déterminé la paralysie. Nous avons vu maintes fois torturer des paralytiques d'un ou de quelques jours par des vésicatoires appliqués aux jambes, aux bras,

et nous nous sommes demandés si l'on espérait que ces moyens hâteraient la résorption du sang épanché, la cicatrisation d'un ramollissement.

Les frictions sèches, les douches de vapeurs instantanées sont de tous ces moyens ceux qu'on doit préférer; ils sont sans inconvéniens, et ils ont l'avantage de s'opposer à l'amaigrissement des membres paralysés. On ne peut en faire usage, non plus que de beaucoup d'autres moyens, au moins localement, dans les paralysies du sentiment, et c'est en partie pour cela que ces paralysies sont plus rebelles que les autres. Leurs nerfs, plus profondément situés que ceux de la peau, sont moins accessibles à l'action des stimulans.

Nous n'avons rien dit des paralysies provenant de l'affection des nerfs trisplanchniques et des plexus, parce qu'on ne sait pas même si elles existent.

Il est une espèce de paralysies qu'il est assez facile de guérir, et qui disparaissent fort souvent spontanément et en peu de temps : ce sont celles qui surviennent inopinément dans le cours ou à la suite de la cessation de la maladie de tout organe autre que le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs, telle par exemple qu'une irritation gastrique ou intestinale, une affection chronique de la peau, des articulations. Le rétablissement spontané ou provoqué de l'irritation suffit pour faire cesser la paralysie ; ce sont sans doute celles de ce genre qui dépendent de l'affection des nerfs trisplanchniques. Il y a des recherches intéressantes à faire à ce sujet. *Voyez* RACHIALGIE.

En parlant de la paralysie intermittente du mouvement, nous avons indiqué le mode de traitement qui a réussi ; c'est celui qui se montre le plus souvent efficace dans les maladies intermittentes fébriles : le quinquina. Il en est de même des cas un peu moins rares de paralysie intermittente du sentiment.

PARALYSIE, s. f. (art vétérinaire). Les animaux doivent au peu de développement de leur cerveau, eu égard à leur masse, d'être peu exposés à la paralysie. Très-rare dans les animaux, elle ne s'observe guère que dans quelques espèces dégénérées par la domesticité, particulièrement dans celles que nous choyons, ou à qui nous refusons le nécessaire. L'abus du coït que l'on exige des chevaux étalons en leur donnant trop de jumens à servir dans une campagne, la répétition immédiate de cet acte qu'on laisse consommer aux taureaux jusqu'à trois et quatre fois de suite, enfin les mauvais traitemens, sont autant de causes qui peuvent devenir la source de la paralysie chez ces animaux, outre toutes celles qui, à l'exception des causes morales, leur sont communes avec l'homme. La paraplégie est très-souvent occasionée dans le porc par le mauvais

régime auquel cet animal est soumis, par les alimens malsains qu'on lui donne, et parce qu'il est renfermé dans une étable sale et peu saine. Aussi est-il rare que les porcs gras bien tenus en soient atteints. La paralysie peut encore être le résultat sympathique de quelque maladie essentielle. L'Ecole royale vétérinaire d'Alfort a cité, en 1810, un cheval entier adulte et bien constitué, lequel est devenu paralysé des quatre membres, à la suite d'efforts et de plusieurs chutes faites dans les limons d'une voiture très-pesante; il est mort peu de temps après des progrès de la maladie. Gohier cite deux autres chevaux sur lesquels la paralysie des membres postérieurs a été remarquée; dans l'un elle a succédé à la fracture de l'omoplate; dans l'autre elle a paru être occasionée par un cor placé sur les côtes sternales droites. Damoiseau a vu un cheval de trois ans attaqué subitement d'une paralysie universelle, à la suite d'une copieuse saignée qu'un maréchal pratiqua dans une indigestion. Lauzeral a vu aussi la paralysie se déclarer dans une mule à la suite de la suppression d'une fistule qui avait coulé pendant dix-huit mois; et Olivier a fait part à l'Ecole vétérinaire de Lyon, en 1822, d'une observation sur la paraplégie d'un mulet, dans lequel la perte des mouvemens volontaires des membres postérieurs s'est déclarée le lendemain de la cautérisation d'une forme que l'animal portait à la couronne du pied antérieur droit. Dans le département de la Dordogne, Aucouturier a vu cette maladie venir dans un bœuf, à la suite d'une œdématie rebelle au poitrail. Monconat dit qu'elle attaque surtout les bœufs les plus avancés en âge, et il l'attribue à ce que ces animaux se couchent sur la neige, étant souvent en sueur en quittant le travail des charrois, à ce que le sol des étables est creusé jusqu'à trois ou quatre pieds de profondeur, ou à ce qu'étant dans l'étable, les animaux reposent sur des couches de fumier corrompu qui remplit l'enfoncement du sol. Besnard a aussi observé la même maladie sur les vaches aux environs de Tilleul, près Mortain, département de la Manche; il l'attribue aux herbes dures, aux eaux stagnantes, aux courans d'air froid et humide. Elle vient dans quelques sujets d'une année à l'autre : de plus fortes intempéries excitent des redoublemens plus graves, dont on prévient les retours en changeant les animaux de pays. Mémain encore a remarqué que l'affection se déclare dans le printemps et dans l'automne, et qu'elle attaque surtout les individus qui habitent les lieux bas et humides, ou qu'on renferme dans des étables fraîches : en général, les animaux les plus exposés à la paralysie sont encore ceux qui ont une constitution molle ou qui ont un caractère trop ardent; ceux énervés par des jouissances vénériennes prématurées ou abusives, ou épuisés par excès de tra-

vail; ceux qui manquent de bons alimens, ou qui en mangent à l'excès de la meilleure qualité, sans faire un travail raisonnable. Elle paraît quelquefois dans les saisons froides et humides, après un affaiblissement ancien. Le plus ordinairement elle attaque les animaux dans le printemps et en été, par suite de l'apoplexie que détermine une pléthore sanguine, et elle les frappe au moment où ils paraissent en pleine vigueur. Les chevaux maigres, qu'on se hâte d'engraisser avec des nourritures vertes succulentes, telles que le sainfoin, etc., sont très-exposés à cet accident, dont nous avons rencontré plusieurs exemples dans ce cas, notamment sur une jeune jument de selle qui nous a appartenu. Parmi les poulains du pays d'Auge, département du Calvados, on en voit qui ont tout le train de derrière paralysé, et l'on observe qu'ils y sont plus sujets à l'âge d'un an et de deux ans qu'avant et après cette époque. On en accuse le foin récolté dans des prairies marécageuses, et dans lesquelles il se trouve beaucoup de queues de renard (*alopeculus*); mais ceci demande, selon nous, vérification; car la plante graminée ainsi appelée ne passe point pour être malfaisante aux animaux qui en mangent. Dans le même département, quelques poulains sont pris de paralysie très-rebelle, sur la fin de l'allaitement; le pays marécageux, la mauvaise nourriture des mères qui sont pleines en même temps qu'elles allaitent, en seraient-ils la cause? Quelques-unes des causes étant permanentes dans certains cantons, y rendent la paralysie enzootique, comme sur les bords de la Seine, près Mantes, où les chevaux en sont attaqués tous les ans en juillet, par suite, à ce qu'on croit, d'un état apoplectique. Elle ne règne pas le long d'autres petites rivières des environs. C'est à la même espèce qu'il faut rapporter la paraplégie sur les bœufs et les vaches, dans quelques cantons de la Haute-Garonne, de la Charente, de la Nièvre, de la Manche, du Gers, etc.

Si les animaux pouvaient parler, ils diraient sûrement éprouver un sentiment de pesanteur, d'engourdissement et de lassitude dans la partie paralysée. Cette partie devient froide, tremblante, perd la sensibilité et le mouvement, ou l'une de ces facultés seulement se trouve abolie ou affaiblie, tandis que l'autre persiste sans altération. Quelquefois même l'une des deux acquiert, dans la partie malade, un surcroît d'énergie, ou un plus ou moins haut degré d'exaltation, et l'autre reste entièrement détruite. Cette même partie est quelquefois susceptible, dans le principe, de recevoir tous les mouvemens qu'on lui communique sans offrir de résistance; mais, au bout d'un certain temps, et même dès le début, chez beaucoup de sujets, les parties paralysées présentent une sorte de raideur. A ces symptômes se joignent, après un certain temps, la di-

minution de la chaleur et de la perspiration cutanée, et l'amaigrissement partiel. La maladie, si elle dure long-temps, amène un désordre plus ou moins sensible dans différentes fonctions, et exerce une influence plus ou moins marquée sur le système entier de l'économie animale.

Au surplus, les symptômes varient suivant l'espèce des animaux et la variété de l'affection. Voici ceux que Damoiseau rapporte à la paralysie universelle qu'il a observée dans un cheval, à la suite d'une saignée pratiquée dans le cas d'indigestion. Une heure après cette opération, l'animal resta planté sur ses quatre membres, dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement sans risque de tomber. La respiration devint laborieuse, et les flancs très-agités. Le pouls était petit, concentré, et intermittent; dans les intervalles des pulsations, on remarquait une espèce de fourmillement dans l'artère. Le cheval avait la tête appuyée dans l'auge, il était incapable de la changer de place; et, si on la portait à droite ou à gauche, elle restait toujours dans la position où on l'avait mise. Les yeux étaient ternes; la conjonctive, la pituitaire et la membrane de la bouche étaient jaunes, infiltrées, et leurs vaisseaux sanguins injectés et noirs. La langue était chargée d'un enduit brunâtre très-épais. Les lèvres et les ailes des naseaux étaient flasques et sans mouvement. La colonne vertébrale était raide et insensible; les flancs tendus et coupés par une espèce de corde; le pénis était pendant, flasque et froid; les oreilles et les extrémités étaient froides, les urines rares; il y avait constipation opiniâtre.

La paralysie des poulains d'Auge s'annonce par une faiblesse des reins et des jarrets : au bout d'une douzaine d'heures, l'animal s'abat, et ne peut se relever qu'avec beaucoup de difficulté; si on le force à marcher, ses pieds de derrière s'avancent en se croisant comme s'il était ivre. Le pouls n'est pas sensiblement dérangé. Dans cet état, les animaux mangent et boivent comme en pleine santé; ils sont gais, et l'on remarque en eux des mouvemens qui semblent annoncer la volonté de courir avec leurs camarades et même de ruer.

Dans la paraplégie des ruminans à grosses cornes on remarque quelquefois que, si l'on pince l'épine lombaire quelques jours avant que la maladie se déclare, la bête se plaint et fléchit beaucoup les reins. Dans quelques animaux la paralysie est complète tout à coup, dans d'autres elle se développe par degrés insensibles. Ils commencent par chanceler, par être faibles du train de derrière, comme s'ils avaient éprouvé un effort de reins; ils sont souvent près de tomber pendant deux ou trois jours; et, une fois tombés, ils ne se relèvent qu'avec peine et difficulté, d'abord du devant seulement, puis ils

restent assis sur leur train de derrière, et même se traînent dans cette position. Ils retombent si on les met debout; leurs membres postérieurs sont froids, ainsi que la croupe. D'autres fois ils tombent subitement et ne se relèvent plus. Quelquefois le mal passe au train de devant et change de place. Du reste, ils conservent souvent leur appétit et un air de gaîté. Il est des sujets qui conservent toujours la sensibilité, alors même que la maladie est ancienne, et l'on voit des bêtes qui vivent dans cet état deux ou trois mois, et même qu'on est obligé d'assommer. Cette paralysie rend la parturition très-laborieuse, au point qu'on est quelquefois obligé d'extraire le produit fœtal par morceaux. N'est-ce pas au même genre d'affection qu'il faut rapporter l'état de beaucoup de vaches qui, après le vélage, bien qu'elles n'aient pas fait d'efforts violens, éprouvent dans les reins une faiblesse telle qu'elles restent couchées sans pouvoir se relever pendant deux ou trois jours; elles boivent d'ailleurs et mangent comme à l'ordinaire. Poulet a vu cette faiblesse dans une vache pleine de six mois; elle avait sur les lombes un enphysème où la peau était soulevée dans une longueur de huit pouces; après de vains efforts pour la guérir, elle fut tuée. Une autre eut cette paraplégie huit jours avant de mettre bas; elle fit deux veaux, et mourut en vêlant. Un seul veau qui aurait un volume considérable, par rapport à la stature de la mère, pourrait occasioner le même accident, et c'est ce que nous avons vu arriver dernièrement à la vache d'un jardinier, laquelle était grosse; on la livra au boucher aussitôt que nous lui eûmes extrait le veau bien vivant, sans que la mère donnât le moindre effort pour en procurer la sortie naturelle. On voit aussi des brebis portières paralysées du train de derrière dans la même circonstance, et plusieurs d'entre elles n'en allaitent pas moins leur agneau. La paraplégie plus ou moins complète est souvent la terminaison de la maladie des chiens.

Dans le porc, cette espèce de paralysie se manifeste dans les parties postérieures du corps, de manière que le malade ne saurait se lever, ou que, s'il parvient à se mettre sur ses jambes, et qu'il veuille marcher, l'arrière-train chancelle et refuse le service. L'affection est en même temps accompagnée d'une irritation souvent chronique dans la membrane muqueuse des organes digestifs, et l'on trouve que les individus qui en sont attaqués ont la langue chargée et peu d'appétit. Leur pouls est petit et en même temps accéléré, surtout vers la fin de la maladie.

La paralysie survient quelquefois graduellement, et d'autres fois subitement, comme dans le cas où elle arrive à la suite de l'apoplexie. Elle est susceptible d'affecter premièrement

les parties postérieures du corps, puis de se porter à celles antérieures, et de revenir ensuite au premier siége qu'elle a abandonné. Elle peut encore rester stationnaire pendant plus ou moins de temps, ou bien augmenter ou marcher vers la guérison. Elle paraît susceptible de guérir moins difficilement dans les animaux que dans l'homme, et peut-être la guérison s'obtiendrait-elle plus fréquemment chez les brutes s'il fallait moins l'attendre; mais le temps, la dépense des nourritures et les frais de traitement engagent trop souvent au sacrifice ou à l'abandon des malades. Lorsqu'il s'agit de bêtes de l'espèce bovine, on prend assez souvent le parti de les vendre pour la boucherie, dès qu'elles sont atteintes de cette maladie, et même aussitôt qu'elles le sont d'une manière qui ne laisse plus d'espérance. Nous ne croyons pas que cette viande soit malfaisante, mais elle est moins bonne; et, à moins que ce ne soit pour être débitée à vil prix, comme basse viande, elle ne doit pas être admise dans les boucheries bien surveillées. Il est des propriétaires peu délicats qui, avant que le mal n'ait produit l'amaigrissement, fracturent une jambe ou les reins d'un coup de barre de fer, et conduisent au marché, dans une charrette, le bœuf qu'on achète avec moins de scrupule, parce qu'on n'aperçoit en lui qu'une jambe cassée. Pour les salaisons de la marine, il importe de n'admettre que des bœufs venus avec leurs pieds, et dans lesquels on ne trouve point de souffrance à la région des reins.

Voyons ce que l'on a observé jusqu'ici de plus notable à l'ouverture des animaux paralysés. Ce sont des épanchemens sanguins et séreux au cerveau, si la paralysie a sa source à la tête; dans les vertèbres cervicales et dorsales, si le mal a son siége aux autres parties antérieures; et à la région lombaire, si la paralysie affecte la région des reins et les membres postérieurs. Dans certaines circonstances, on trouve le ramollissement, des ulcérations, des concrétions diverses, dans différentes parties de l'organe encéphalique ou du prolongement rachidien. Une vache, paralysée depuis dix-huit mois, ayant été tuée et ouverte, on remarqua que la moelle épinière, dans les quatre dernières vertèbres dorsales et dans toutes les vertèbres lombaires, était ramollie, mêlée de matière sanguinolente, décomposée, et entourée dans toute son étendue d'une infiltration de sérosité épaisse et jaunâtre. Duc, qui a observé la maladie sur beaucoup de bêtes à cornes aux environs de Mâcon, a trouvé beaucoup de ce qu'il appelle *glaires* dans le tissu adipeux des muscles, aux lombes, et la substance de ces mêmes muscles souvent décomposée. Mémain a trouvé le sang épaissi et stagnant dans les vaisseaux de l'arrière-main, les ganglions lymphatiques engorgés, et les muscles bruns et

mollasses. A l'autopsie de bœufs et de vaches qui moururent paralytiques en vingt ou trente jours, à la suite d'un état adynamique et d'une diarrhée violente, Labory a trouvé une grande infiltration des muscles sous-lombaires et de ceux de la cuisse, quelques épanchemens de sérosité rougeâtre dans l'abdomen, et les vertèbres lombaires d'une nuance bleuâtre dans une étendue de dix-huit pouces. Laponge a trouvé à Moreuil, dans quelques cadavres, une tumeur squirreuse attachée sous les vertèbres lombaires, aussi grosse que le poing, et contenant une liqueur gluante. Dormont, qui a observé pendant huit années la maladie dans le département de la Nièvre, et qui a vu un nombre prodigieux de bêtes à grosses cornes en périr, a trouvé, dans les cadavres, la moelle épinière meurtrie et décomposée. Dans un cheval mort paralysé, à la suite d'efforts et de chutes dans les limons d'une voiture, à l'autopsie il a offert, dans le canal rachidien : 1°. au garrot, du sang épanché, coagulé, et étendu sous forme de membrane autour de la gaîne du prolongement médullaire ; 2°. à la région lombaire, un amas d'humeur lymphatique, presqu'à l'état gélatineux, autour du canal membraneux. L'intérieur de cette gaîne contenait une collection de sérosité limpide, et la substance médullaire y était ramollie, jaunâtre et presque décomposée.

C'est à l'action dérivative des stimulans, et non à leur propriété excitante, à leur prétendue faculté fortifiante, qu'il faut attribuer les avantages de leur application dans la paralysie. Nous ne prétendons pas toutefois exclure du traitement de cette affection tous moyens antiphlogistiques, et assurément on peut retirer des avantages de la saignée, des bains de vapeurs, les seuls applicables aux animaux, etc. ; mais il s'agit de bien discerner les cas, de bien choisir et combiner les moyens, d'en modifier l'emploi suivant la circonstance, d'avoir égard à la constitution du sujet, surtout à la cause de la maladie et aux conditions organiques qui coïncident avec elle.

Damoiseau avait à traiter un cheval paralysé à la suite d'une indigestion qu'une saignée avait rendue plus dangereuse ; il ne crut pas, bien entendu, devoir recourir de nouveau à la saignée ; il s'attacha à traiter l'indigestion, et il réussit. Il ordonna les purgatifs en opiat, les infusions de plantes amères injectées dans la bouche, les lavemens de tabac et de gratiole ; il appliqua les sétons et les vésicatoires aux fesses, et fit des frictions d'huile volatile de térébenthine sur l'épine lombaire. Le bouchonnement fut souvent réitéré ; on mit un sachet d'avoine cuite dans du fort vinaigre sur les lombes, et un seau d'eau bouillante sous le ventre ; ces moyens excitèrent une

sueur abondante. Le cheval urina un peu, et les reins devinrent moins raides. Douze heures après il évacua une très-grande abondance d'excrémens mal digérés, et beaucoup de blé entier et gonflé ; il avait mangé la veille une assez grande quantité de ce grain avec du son et de l'avoine. Au bout de quatre jours, les sétons avaient produit tout l'effet qu'on devait en attendre. L'animal pouvait alors porter la tête au râtelier, et marcher assez librement. Il était très-gai, et mangeait avec appétit : on lui fit distribuer des alimens avec beaucoup de circonspection. Mais le charretier, à l'insu du maître et du vétérinaire, lui ayant donné du son et de l'avoine comme s'il eût été en bonne santé, le soir il eut des coliques. Le lendemain on le trouva très dégoûté, triste, et pouvant à peine se tourner. On voulut le faire sortir de l'écurie; il se laissa tomber sans pouvoir se relever, il ne pouvait pas même soulever la tête. On le fit couvrir de fumier très-chaud ; on le nourrissait avec de l'eau blanche qu'on lui donnait en breuvage; et toutes les deux heures on lui administrait une demi-bouteille de vin d'aunée et d'absinthe. Vingt-quatre heures après, il avait assez de force pour se relever à l'aide de quelques personnes. Cependant il reprit bientôt sa gaîté et l'appétit naturel ; mais il devint très-maigre; si on voulait le faire marcher, il tombait au moindre faux pas ; et, lorsqu'il était par terre, il ne pouvait plus soulever la tête. Il demeura trois mois dans cet état ; on avait la précaution de le relever deux fois par jour au moyen d'une poulie ; il eut ensuite une affection tétanique qui céda aux remèdes généraux, et il reprit des forces peu à peu. Ce qu'il y a de particulier, c'est que les parties de son corps augmentèrent de volume l'une après l'autre, de sorte qu'il paraissait être bouffi dans l'endroit où il commençait à reprendre de l'embonpoint. Au bout de six mois il se trouva en état d'être attelé à la charrette. Voici le traitement qui réussit à Durant et Charpentier dans le pays d'Auge : saignées au cou, à la thoracique ou au plat des cuisses, quelquefois répétées trois fois en vingt-quatre heures ; séton au poitrail ; applications sur les lombes de plantes aromatiques infusées dans de la lie de vin, ou frictions avec l'huile volatile de térébenthine et l'huile volatile pyro-bitumineuse; opiats composés de nitrate de potasse, de sur-tartrate de potasse et de camphre ; lavemens toniques dans lesquels entre l'huile volatile de térébenthine ; eau blanche, etc. Le mieux se manifeste ordinairement du troisième au cinquième jour : quand la maladie se prolonge, elle est fâcheuse. La cautérisation sur les lombes n'a pas réussi. Le traitement qu'on emploie dans la paralysie enzootique des bords de la Seine, près Mantes, consiste dans de fortes saignées, l'eau blanche vinaigrée, nitrée, et des bains

froids ; le mieux est remarquable dès le deuxième ou le troisième jour. On a encore coutume d'employer, dans la paraplégie des bêtes à grosses cornes, les frictions sur les reins et les fesses avec l'alcool camphré, la teinture de cantharides, l'onguent vésicatoire, le cautère actuel, le sac d'avoine chaud, les médicamens diaphorétiques en breuvages et en lavemens ; mais ces moyens seuls n'arrivent pas au but, et, quand on les emploie exclusivement, c'est toujours sans succès. Mais on réussit mieux dans le principe par les saignées, les fomentations aromatiques, les lavemens stimulans, des frictions fréquentes, une charge ou les vésicatoires sur les reins, et un régime antiphlogistique. On observe toujours du soulagement après une transpiration augmentée, des urines abondantes, des excrémens plus copieux. Il faut bien se garder de suspendre les vaches qui éprouvent, après la parturition, une faiblesse considérable dans les reins, et qui ne peuvent se relever; car la bête s'abandonne sur ses supports, les mamelles s'engorgent extrêmement, et deviennent violettes, l'écoulement des urines est fort gêné dans le mâle, et la gangrène peut s'ensuivre. Il vaut mieux laisser le malade sur un bon lit de paille. Végèce, pour guérir cette maladie, qu'il appelle *subrénale*, prescrit de faire une saignée copieuse aux flancs et aux cuisses, et de mêler le sang au vinaigre pour en faire une friction sur les reins, de cautériser cette partie pour exciter à l'extérieur une irritation qui fasse disparaître la violence du mal. Dans la paralysie du cou, qui fait tenir cette partie de côté, il faut, dit-il, saigner aux tempes, faire sur la partie des frictions échauffantes, redresser le cou en l'appliquant contre une planche, appliquer le feu sur le côté relâché (qui est le côté convexe), et du reste faire à l'extérieur le traitement du tétanos. Buisson réussit quelquefois en employant un traitement en quelque sorte perturbateur dans la paraplégie des bœufs du département de la Gironde. Il repousse la saignée, et fait donner à l'animal les meilleurs restaurans, les farineux, le bon foin ; de temps en temps il administre quelques cordiaux, avec la sauge, le bon vin rouge. Il fait faire des frictions avec l'huile volatile de térébenthine sur les lombes. Avec plusieurs aides et au moyen de leviers les plus appropriés aux circonstances, il fait lever la bête ; il met dans un réchaud sous le ventre quelques plantes aromatiques, place une couverture de laine sur les reins, et les tient comme dans une étuve pendant une heure chaque fois. Enfin Préau eut, en 1805, à traiter une jument de carrosse, de race normande, âgée de six ans, qui tomba tout à coup paralysée du train de derrière, et ne put plus se relever. Le premier jour, la croyant atteinte d'une indigestion, on lui donna toutes les deux heures un

breuvage fait d'une décoction de têtes de pavots et d'éther sulfurique, ce qui ne produisit ni évacuation, ni aucune liberté de mouvement. Le second jour on donna, dans des lavemens, vingt-quatre grains de tartrate de potasse antimonié, et l'on administra pour breuvage une décoction d'orge nitrée : deux heures après le premier lavement, il y eut une copieuse évacuation d'excrémens. Le troisième jour, on saigna à l'une des saphènes, et l'on fit sur les reins des frictions de teinture de cantharides, puis d'ammoniaque liquide étendu dans de l'huile de lin ; on donna en breuvage une décoction d'orge et de laitue légèrement nitrée, et, en lavemens, du vin émétique dans de l'eau pure. Le quatrième jour, la saignée fut pratiquée à l'autre saphène; la bête fut soulevée et mise dans une position à être couchée sur le ventre. On appliqua le moxa sur les reins, de chaque côté; on répéta les frictions, les breuvages et les lavemens. Il parut à l'une des lèvres de la vulve un gonflement gros comme le poing, et il se développa de la fièvre. Le cinquième jour, on fit une saignée copieuse à la jugulaire, on appliqua des boutons de feu sur les reins, on donna un lavement où entrait le camphre étendu dans du miel : la fièvre persista, l'agitation fut très-marquée ; continuation des breuvages et des lavemens. Le sixième jour, on appliqua l'appareil galvanique, en dirigeant le conducteur principalement sur les reins, la croupe et les membres postérieurs. Au bout d'un quart d'heure, l'animal se leva, rendit beaucoup de crotins durs marronnés, et renfermant une matière ressemblant à l'onguent populéum. On le galvanisa pendant une heure; il se recoucha : la fièvre était forte. Le soir il fut galvanisé de nouveau, se leva au bout d'une demi-heure, et rendit beaucoup d'excrémens : il se tourmenta beaucoup pendant la nuit. Le septième jour, l'agitation était augmentée. On appliqua deux fois l'appareil galvanique ; la jument se leva, se soutint assez bien, et chercha à manger; on lui donna de l'orge crevée, et un peu de foin de temps en temps ; elle fut plus calme. Le huitième jour, on la soumit au galvanisme une seule fois; elle se leva sur-le-champ, et fut assez calme. On continua le même régime. Le neuvième jour, après avoir été galvanisée, elle resta debout pendant deux heures : on augmenta un peu la nourriture. Le dixième jour, même chose; de plus, la bête fut promenée. On lui fit des frictions de styrax et d'alcool camphré sur les hanches, les épaules et les joues, où elle avait des excoriations. Le onzième jour elle se leva à l'approche du conducteur galvanique, et se tint long-temps debout après avoir été galvanisée pour la dernière fois. Pendant toute la maladie elle conserva l'appétit. On la mit ensuite dans une prairie ; mais elle resta languissante et dans le marasme. Les

excoriations à la tête, aux épaules et aux hanches, ne se cicatrisèrent point. Elle mourut au bout de trois mois. Il est fort à regretter que Préau, de qui nous empruntons cette observation, n'ait pas, après la mort, exploré le cerveau et le canal rachidien; il y eût peut-être saisi quelques traces de la maladie.

PARAPHIMOSIS, s. m., *paraphimosis;* affection du pénis, dans laquelle le prépuce, retiré derrière le gland, comprime cet organe, l'étrangle, et ne peut être ramené au devant de lui. Le paraphimosis n'est pas toujours lié à l'existence de la syphilis. On le voit fréquemment survenir chez les sujets dont le prépuce est long et étroit, lorsque, par une cause quelconque, cette partie entraînée en arrière a franchi la couronne du gland. Quelquefois cet accident a lieu durant le coït; dans d'autres cas, le désir de mettre à découvert l'extrémité de la verge en est la cause. Lorsque des ulcérations existent au prépuce ou au gland, et que l'inflammation de ces parties produit un phimosis accidentel, il n'est pas rare de voir les malades s'efforcer de découvrir le siége du mal, et produire ainsi le paraphimosis. Chez d'autres sujets, le gland, tuméfié ou surmonté de végétations, repousse en arrière l'enveloppe qui le recouvre, de telle sorte que le bord libre du prépuce, gênant le mouvement circulatoire, et comprimant le pénis, augmente le gonflement des tumeurs situées au-dessous de lui, et provoque l'affection qui nous occupe.

Quelle que soit sa cause, le paraphimosis est susceptible de présenter deux degrés ou deux nuances très-remarquables. Dans le premier cas, la constriction opérée par le prépuce étant médiocre, l'extrémité de la verge ne devient pas le siége d'une tuméfaction très-considérable; le gland n'est pas fort douloureux; il présente une teinte rosée et une sorte de transparence qui attestent que l'engorgement y est plutôt lymphatique que sanguin. Le prépuce lui-même offre, au voisinage du frein, des bourrelets semblables; et les sillons que forment ses parties les moins extensibles ne sont pas très-enfoncés, et très-fortement appliqués aux corps caverneux. La seconde nuance du paraphimosis est caractérisée par des phénomènes plus graves. L'étranglement qui le constitue est porté fort loin; l'extrémité du pénis, en même temps qu'elle se tuméfie, devient d'un rouge brun, et une inflammation violente s'y développe. Le sujet y éprouve les douleurs les plus vives. Le bord libre du prépuce forme derrière la couronne du gland une corde enfoncée et tendue, qui entoure et serre l'organe; ce qui a fait donner à la maladie le nom qu'elle porte. L'irritation de toute la verge est parvenue au plus haut degré, et menace de se terminer promptement par la gangrène.

Le paraphimosis peu serré est susceptible de passer à l'état

chronique, et même de se perpétuer durant toute la vie. On voit alors des phlictènes et des ulcérations superficielles se former sur le gland, sur les bourrelets du prépuce et au fond des sillons constricteurs de cet organe, de manière à produire, d'une part, le dégorgement des parties tuméfiées, de l'autre le relâchement des liens qui le compriment. Mais, durant ce travail, qui est toujours lent, et qui entraîne la prolongation de la douleur et des autres accidens, les parties du prépuce qui étranglent la verge contractent fréquemment avec la surface des corps caverneux, des adhérences telles qu'il est ensuite impossible de les ramener au devant du gland. Le paraphimosis intense ou inflammatoire a une marche plus rapide et des résultats plus dangereux. Si le pénis reste pendant quelque temps étranglé par lui, des escarres gangréneuses plus ou moins étendues et profondes apparaissent sur le gland, et quelquefois déterminent sa mortification complète; les parties du prépuce qui opèrent la constriction, étant distendues outre mesure par les tissus qu'elles étreignent, participent à la gangrène, et chez plusieurs sujets on a vu l'extrémité de la verge se détacher au niveau de l'étranglement dont elle était le siége.

Le pronostic du paraphimosis est d'autant plus grave que la constriction existe à un degré plus considérable; que le sujet est plus jeune, plus vigoureux, plus sanguin; que le gland et le prépuce étaient le siége d'ulcérations plus profondes, plus enflammées, ou de végétations plus volumineuses. Celles-ci, sous l'influence de la constriction opérée par le prépuce, augmentent rapidement de grosseur, acquièrent une extrême sensibilité, et deviennent le siége d'élancemens insupportables. Le mauvais état de la constitution du sujet, la présence d'une irritation gastro-intestinale, et toutes les complications susceptibles de communiquer aux phlegmasies un caractère gangréneux doivent rendre le pronostic du paraphimosis défavorable. Dans les cas les plus légers, cette affection est encore par elle-même assez dangereuse pour exiger toute l'attention du praticien.

L'indication fondamentale qu'elle présente consiste à détruire l'étranglement produit par le prépuce, et à ramener l'ouverture de cet organe au devant du gland. Il ne convient jamais de perdre alors un temps précieux à baigner la verge dans des décoctions émollientes, ou à y faire des applications de même nature : si la maladie est légère, en effet, la réduction ne présente pas de difficultés, et doit être préférée à ces moyens qui, dans les cas plus graves, ne sauraient suffire pour arrêter la marche des accidens. Les fomentations astringentes, les lotions avec la glace, doivent être proscrites, à raison de leur action irritante ou de la réaction qu'elles déterminent, et qui peut entraîner la

mortification du pénis. Il faut donc procéder sans délai à l'opération qui a pour objet de rendre aux parties étranglées leur liberté première. Dans les paraphimosis récens et peu serrés, quelques praticiens croisent les doigts indicateurs et médius des deux mains derrière la constriction, et tirent en avant le prépuce; tandis qu'avec les pouces ils refoulent le gland en arrière. Ce procédé est fort douloureux, et il échoue toutes les fois que la tuméfaction de l'extrémité de la verge est un peu considérable. Nous préférons alors saisir le pénis entouré d'un linge avec la main gauche, et, avec les doigts de l'autre main, pétrir en quelque sorte le gland de manière à refouler en arrière le liquide infiltré qui augmente son volume : lorsque cet organe est redevenu flasque, mou et dans son état normal, il est facile de le repousser entièrement en arrière, en même temps que l'on porte le prépuce au devant de lui. Du cérat, ou de l'huile d'amandes douces, étendus sur les parties, rendent cette opération plus facile. Elle réussit presque toujours lorsque l'on apporte à son exécution beaucoup de patience, et que les efforts pour produire la réduction ne sont commencés qu'après l'entier affaissement du gland et des bourrelets tuméfiés du prépuce.

Plusieurs circonstances peuvent toutefois s'opposer à ce que l'on ramène ainsi les parties à leur situation naturelle. Ainsi, l'inflammation vive du pénis, la constriction et la douleur dont il est le siége, sont quelquefois telles qu'aucun effort de réduction ne saurait être tenté sans occasioner les plus cruelles douleurs. On peut essayer dans ces cas, lorsque la maladie est récente, d'opérer un dégorgement salutaire au moyen de sangsues appliquées en grand nombre sur toute l'étendue de la verge. Nous possédons plusieurs observations qui constatentl'efficacité de ce moyen, après l'emploi duquel il est devenu facile de rétablir la situation des parties. Si la constriction ne cédait pas, et que le pénis fût menacé de gangrène, il faudrait, sans hésiter, porter le bistouri sous les brides et les diviser. Pour cela, on saisit la verge avec la main gauche, dont les doigts sont placés en bas et le pouce en haut, tandis que, de la droite, on insinue l'extrémité de l'instrument sous chaque sillon formé par le prépuce. Le bistouri doit être tenu de manière à ce que son dos corresponde aux corps caverneux, sa pointe marchant la première et divisant les brides de dedans en dehors. Il convient de pratiquer ces divisions sur les parties latérales de l'organe, afin d'éviter la lésion des artères qui rampent le long de sa face supérieure. L'étranglement étant détruit, le prépuce doit être immédiatement ramené à sa situation; on favorise ensuite, au moyen d'un bain local, le saignement des incisions et le dégorgement des parties.

Lorsque le paraphimosis est ancien, et que des adhérences le rendent irréductible, il faut, si le pénis est encore irrité, recourir à l'usage des émolliens et des saignées locales. Des mouchetures, opérées avec la pointe d'une lancette, sur le gland ou les portions tuméfiées du prépuce, sont alors salutaires, en provoquant la sortie du sang et de la lymphe infiltrés dans les aréoles de ces organes. Après la cessation de l'irritation, des applications résolutives, telles que celle de compresses trempées dans l'eau végéto-minérale, sont très-utiles et contribuent puissamment à hâter la guérison. Lorsque la gangrène commence à se manifester, loin de recourir à l'ablation du pénis, ainsi que le recommandent quelques personnes, on doit s'efforcer de borner ses ravages, d'une part, en incisant, comme il a été dit plus haut, les brides formées par le prépuce, de l'autre, en combattant, à l'aide des émolliens et des saignées locales, l'irritation devenue excessive des parties affectées. Il est assez rare qu'alors la mortification s'étende à la totalité du gland, et des pansemens doux suffisent pour provoquer la chute des escarres et la cicatrisation des plaies.

Après la réduction du paraphimosis, les malades éprouvent toujours un soulagement marqué; la douleur, l'inflammation, le gonflement diminuent; il suffit ensuite, dans les cas simples, de faire quelques injections émollientes sur le prépuce pour terminer le traitement. Lorsque des ulcérations existent au gland et à son enveloppe, celle-ci, irritée par la distension qu'elle a subie, s'enflamme quelquefois consécutivement, et produit un PHIMOSIS secondaire qu'il faut combattre comme s'il était primitif. Dans les cas ou des végétations considérables ont repoussé en arrière le prépuce, et s'opposent à ce qu'il revienne sur le gland, il convient de les exciser avant de procéder à la réduction du paraphimosis. Quelquefois, enfin, celui-ci persistant à la suite des adhérences qui fixent derrière le gland le prolongement cutané destiné à le recouvrir, le pénis reste difforme, et présente à son extrémité des bourrelets durs et fibro-cartilagineux qui nuisent au libre exercice de ses fonctions. Il est indiqué dans ces cas d'emporter avec des ciseaux bien évidés ou le bistouri les tumeurs dont il s'agit; les plaies qui résultent de ces opérations se guérissent promptement, et le sujet ne conserve d'autres traces de sa maladie qu'un gland constamment découvert, et à peu près comme cela a lieu après la circoncision.

PARAPHIMOSIS, s. m. (art vétérinaire). Le paraphimosis s'observe plus particulièrement dans le cheval et surtout le chien, rarement dans le cochon, plus rarement encore dans les autres espèces domestiques, si même on l'a observé chez ces dernières.

Le cheval hongre y est moins exposé que le cheval entier. Dans les chevaux étalons, il survient ordinairement à la suite de l'excès de l'acte vénérien, des frottemens longs et continuelles sur les femelles avant le coït, des coups de fouet ou de bâton sur la verge, le cheval étant en érection; des coups de pieds qu'il reçoit quelquefois à cette partie délicate en voulant saillir une jument qui se défend; de l'introduction du membre dans l'anus de la cavale; de la maladresse ou négligence du palefrenier à le diriger; de vaines tentatives pour vouloir couvrir une jument bouclée; de l'introduction dans le fourreau de substances excitantes, dans la vue de provoquer la sortie des urines, etc. Chabert a vu un étalon avec une perte involontaire de semence et un paraphimosis énorme, pour s'être harassé et fatigué dans l'écurie, pendant la nuit, auprès des autres chevaux. La lubricité du chien l'expose bien davantage à l'affection qui nous occupe; on connaît les occasions fréquentes qu'il a d'y satisfaire, on sait qu'elles naissent de la rencontre d'une infinité de chiennes chaudes qu'il poursuit avec fureur et acharnement. Le paraphimosis est plus ordinaire en lui que le phimosis, et il est quelquefois suivi de l'écoulement d'une matière muqueuse diversement nuancée, effet de l'irritation de la membrane muqueuse de l'urètre. Le long séjour du pénis du chien dans le vagin de sa femelle, partie souvent irritée par le fait de la réception subite d'un nombre infini de mâles, est la cause la plus fréquente du paraphimosis. C'est surtout lorsqu'on sépare de force le chien de la chienne, lorsqu'on emploie la violence et les coups sur la verge encore à nu et hors du fourreau, que cet accident arrive. Dans ces circonstances, le pénis enfle, son propre poids augmente et accroît l'irritation, et son volume l'empêche de rentrer dans le fourreau. Comprimé circulairement, le retour du sang et de la lymphe est empêché, et le sang continue d'aborder dans l'extrémité antérieure qui s'engorge, s'enflamme et devient quelquefois gangréneuse, ou bien des abcès, des ulcères surviennent dans la partie étranglée. Dans le cheval, la verge est allongée d'un demi-pied, ou plus; elle est quelquefois grosse comme la cuisse, contournée en forme d'arc et entrecoupée d'étranglemens; elle est d'ailleurs froide si la compression est forte; et, au tact, l'on reconnaît que ce sont les tuniques qui sont engorgées de fluides extravasés dans le tissu cellulaire, surtout vers le fourreau. L'étranglement porté à ce point, la gangrène et la mort sont à craindre, si l'on n'y remédie promptement. Le mal est quelquefois si rapide dans sa marche, que le malade succombe dans l'espace de deux fois vingt-quatre heures; mais c'est plutôt dans le chien que ce malheur arrive; les progrès ne sont pas ordirement aussi rapides dans le cheval. Le paraphimosis des ani-

maux étant toujours le produit d'une cause locale, le traitement en est ordinairement fort simple. L'inflammation récente se calme au moyen des sangsues ou des mouchetures sur la partie étranglée du pénis, des bains de vapeurs aqueuses sous les parties sexuelles, des cataplasmes émolliens fixés sur la partie affectée, à l'aide d'un suspensoir, et des fomentations de même nature dans les environs du siége du mal. On y joint les lavemens d'eau tiède, un régime sévère, et même la saignée. La douleur et l'inflammation étant modérées, l'on tend à faire rentrer le pénis; les manœuvres nécessaires pour y parvenir, quand elles sont faites maladroitement, sans les ménagemens nécessaires, augmentent le volume du membre, rendent le mal pire qu'il n'était auparavant. On est quelquefois obligé d'en venir à amputer une partie du pénis pour prévenir une terminaison plus funeste. C'est Chabert qui a le premier proposé et pratiqué cette opération périlleuse, toujours inutile quand tout un bout de l'organe n'est pas entièrement gangréné, et il est fort rare qu'il le soit à ce point. Ordinairement la nature seule opère la séparation des parties mortes. L'opération présente aussi des dangers, et le plus inévitable est peût-être la paralysie du pénis, ce qui oblige de sacrifier l'animal. Cependant cet accident n'a pas toujours lieu, et on a des exemples de ces amputations dont l'issue n'a pas été malheureuse. Chabert deux fois, et Huzard une fois, l'ont pratiquée dans la circonstance de gangrène, de chancres et de poireaux, sans qu'il en soit résulté de malheur. Chabert ne donne aucun détail du manuel opératoire; nous ne savons s'il a procédé d'un seul coup, ou à l'aide d'une ligature, de manière à éviter une hémorragie considérable, très-à craindre, à interrompre la vie dans la partie, et à en obtenir la mortification et la chute. C'est d'après ce dernier mode que Huzard a opéré, avec l'attention préalable et nécessaire de placer une sonde dans le canal de l'urètre, afin d'en éviter l'oblitération.

PARAPHONIE, s. f., *paraphonia*, *trachiphonia*. On a réuni sous ce nom la *mue* de la voix, c'est-à-dire l'altération qu'elle subit, notamment chez l'homme, à l'époque de la puberté; le *nasillement*, modification de la voix qui résulte d'une étroitesse congéniale, acquise ou imitée des cavités nasales; l'*enrouement*, dans lequel la voix est rauque, grave, dissonante; la voix aiguë, glapissante, quelquefois éteinte ou, rauque qu'on observe dans les cas d'*ulcère* au poumon, à la trachée, au larynx et même au pharynx, et par conséquent le son croupal, que Sauvages n'a connu qu'imparfaitement; la *voix gutturale*, qui consiste à mettre continuellement en mouvement le voile du palais de la même manière que dans le crachement; la voix vague, mal articulée, qui a lieu quand le palais est

percé, le voile du palais divisé ou détruit; le RONFLEMENT ou le RALE (*Voyez* ces mots; enfin le *sifflement* qui a lieu parfois dans la bronchite, l'angine, l'asthme; enfin l'altération notable de la voix qui s'observe quand les fosses nasales recèlent un polype.

PARAPHRÉNÉSIE, s. f., *paraphrenesis;* délire par l'affection simultanée du cerveau et des méninges. Inflammation du diaphragme.

PARAPHROSINE, s. f., *paraphrosyne;* délire.

PARAPLEGIE, s. f., *paraplegia*, *paraplexia;* paralysie de toutes les parties inférieures à la tête, ou de celles qui sont situées au-dessous du diaphragme.

PARATRIMME, s. m., *paratrimma;* irritation, rubéfaction; vésication produite par l'attrition qu'occasione le frottement, le choc répété, la compression d'un corps dur sur une partie de la peau, notamment sur celle qui recouvre les os.

PAREIRA BRAVA. On désigne sous ce nom, dans les pharmacies, une assez grosse racine, entière ou fendue, à écorce brune, assez lisse, et pourvue de fibrilles. La partie ligneuse est jaunâtre, inodore et d'une amertume très-légère; elle a des cercles concentriques fort irréguliers.

Cette racine appartient à l'*abuta rufescens*, arbrisseau de la Guiane, et non, comme on l'a répété depuis Linné, au *cissampelos pareira.* C'est à la racine de cette dernière plante que se rapportent les éloges prodigués par Sloane et Lyson au pareira brava. La substance qui porte ce nom ne doit donc la haute célébrité dont elle a joui qu'à une erreur des botanistes, copiée par tous les auteurs de matière médicale. Au reste, le pareira, tant vanté par Helvétius, qui le regardait comme un excellent lithontriptique, et par Lochner, qui le croyait un remède souverain dans l'ascite, la tympanite, l'asthme et la leucorrhée, n'est pas usité aujourd'hui; il n'entre dans aucune formule officinale, et n'appartient plus à la médecine que sous le rapport historique.

PARENCHYME, s. m., *parenchyma*, terme vague, auquel on a attaché plusieurs significations fort différentes, toutes peu conformes à la nature des choses. Les progrès de l'anatomie finiront par le faire entièrement bannir du langage médical; jusque là on ne doit s'en servir que pour désigner le tissu propre à un viscère qui ne fait pas partie des tissus généraux, soit simples, soit composés, ou qu'on n'a encore pu rapporter à aucun de ces tissus. Ainsi, dans l'état actuel de la science, le *parenchyme* est une expression conventionnelle dont les anatomistes se servent pour masquer leur ignorance à l'égard d'un des points les plus obscurs de l'organisation animale. Il n'exprime donc aucune idée positive, et, sous ce

rapport, il ne peut manquer d'être plus nuisible qu'utile, en habituant à remplacer une idée qui nous manque par un mot qui n'a qu'une signification arbitraire.

PARIÉTAIRE, s. f., *parietaria*; genre de plantes, de la polygamie monoécie, L., et de la famille des urticées, J., qui a pour caractères : involucre à plusieurs divisions, contenant trois à cinq fleurs, dont une femelle et les autres hermaphrodites, toutes ayant un calice à quatre découpures et point de corolle ; semence recouverte par le calice, qui s'allonge et se ferme.

La *pariétaire officinale, parietaria officinalis*, très-commune dans les fentes des vieilles murailles et dans les décombres, où elle fleurit pendant tout l'été, est célèbre depuis long-temps comme diurétique, et contient une certaine quantité de nitrate de potasse. Malgré l'assentiment unanime, il est encore permis de douter qu'elle soit constamment et essentiellement diurétique, et que, quand il s'établit un flux plus abondant d'urine chez les malades soumis à l'usage de son infusion, cet effet ne soit pas dû à l'eau de la tisane plutôt qu'à la plante. Cette dernière n'appartient qu'au domaine de la médecine empirique, et dans l'état actuel des connaissances qu'on possède à son égard, il est impossible de déterminer même si elle appartient à la classe des substances stimulantes, ou à celle des émollieus, quoique ce dernier cas paraisse plus probable que l'autre.

PARIÉTAL, adj., *parietalis*. Les anatomistes donnent ce nom, ou celui d'*os bregmatis*, à l'un des os pairs du crâne, dont il occupe la partie latérale supérieure ou moyenne.

Cet os, qui a la forme d'un carré irrégulier, est convexe en dehors et concave en dedans.

Sa face externe, recouverte par l'aponévrose centrale du muscle occipito-frontal et par le muscle crotaphyte, qui s'insère à sa partie inférieure, présente, en bas, quelques légers sillons pour les artères temporales profondes ; en haut et en arrière, le *trou pariétal*, par lequel passent de petits vaisseaux qui établissent une communication entre ceux du crâne et ceux de la dure-mère ; enfin, dans son milieu, une éminence, appelée *bosse pariétale*, qui est plus saillante chez les enfans que chez les adultes.

Sa face interne est revêtue par la dure-mère, et creusée d'une multitude de sillons plus ou moins profonds qui logent les branches de l'artère méningée moyenne. La réunion de ces sillons rameux a reçu le nom de *feuille de figuier*. Au milieu de la face, se trouve la *fosse pariétale*, enfoncement qui correspond à la base du même nom. En haut, près du bord de l'os, on observe une moitié de gouttière longitudinale, qui se

réunit à une autre moitié semblable appartenant au pariétal du côté opposé.

Des quatre bords de l'os, le supérieur est droit, se joint à celui de l'os opposé, et forme avec lui la suture sagittale; l'inférieur est concave et surmonté d'une surface oblique, à stries saillantes et rayonnées, qui constitue, avec le temporal, la suture écailleuse; l'antérieur s'articule avec le frontal; le postérieur est en rapport avec le bord supérieur de l'occipital.

L'angle antérieur supérieur n'existe pas chez les enfans. La troncature que l'os présente en cet endroit constitue la fontanelle supérieure. L'angle antérieur inférieur, qui se prolonge fortement en bas et en avant, est courbé obliquement à son sommet, articulé avec le sphénoïde, et garni, à sa partie interne, d'une rainure profonde, convertie quelquefois en canal, d'où partent en divergeant presque toutes les nervures de la feuille de figuier. L'angle postérieur inférieur est tronqué, articulé avec la portion mastoïdienne du temporal, et creusé d'une portion de gouttière, qui, réunie à celle qu'on remarque sur l'occipital et le temporal, loge une partie du sinus latéral de la dure-mère.

En général mince, l'os pariétal est cependant un peu plus épais en arrière qu'en avant, et en haut qu'en bas. On n'y trouve que du diploé renfermé entre deux lames de substance compacte. Il s'articule avec le pariétal du côté opposé, le coronal en devant, l'occipital en arrière, le temporal et le sphénoïde en bas. Il se développe par un seul point d'ossification, qui paraît à la bosse pariétale.

PARISETTE, s. f., *paris;* genre de plantes, de l'octandrie monogynie, L., et de la famille des trilliacées, J., qui a pour caractères : calice divisé en quatre parties; quatre pétales; huit étamines; baie à quatre loges oligospermes.

L'*herbe à Paris*, *Paris quadrifolia*, croît dans les bois humides; elle répand une odeur désagréable et même fétide. Autrefois elle jouait un certain rôle dans les opérations magiques, et servait à la confection des philtres amoureux. Ses fruits et ses feuilles paraissent agir sur l'économie à la manière des poisons narcotiques, lorsqu'on les prend à certaine dose. Il serait utile d'étudier avec soin leur action, qui est peu connue, et que tout annonce devoir être énergique. Les racines ont la propriété d'exciter le vomissement. Les chimistes devraient s'occuper d'en donner une analyse exacte.

PAROI, s. f., *paries*. Les anatomistes donnent ce nom à toute partie qui forme la clôture ou les limites d'une des cavités du corps.

Les vétérinaires appellent *paroi* ou *muraille*, *coronamen*,

la partie antérieure et externe de la corne du pied, celle qu'on aperçoit en devant, lorsque l'animal se tient debout.

PAROLE, s. f. *parola;* voix articulée, c'est-à-dire, modifiée par les mouvemens divers des parties qu'elle traverse depuis les ligamens inférieurs de la glotte jusqu'à l'ouverture de la bouche, de manière qu'elle soit séparée nettement en diverses désinences, dont les combinaisons infiniment variées constituent ce qu'on appelle des *mots*. Quand les modifications que le tuyau vocal imprime à la voix sont fixées, et qu'à chacune d'elles se rattache une idée, il en résulte une suite de sons distincts les uns des autres, à la collection desquels on donne le nom de *langue*, et dont le nombre est en raison directe du perfectionnement de l'intelligence, c'est-à-dire, du nombre des idées différentes que le cerveau a engendrées, ou peut produire.

Les métaphysiciens, qui semblent avoir pris à tâche d'embrouiller les questions les plus simples, se sont livrés à de longues discussions sur l'origine de la parole, et la plupart ont fini par arriver à ce résultat, que les langues ne peuvent avoir été inventées par l'homme, et qu'une intelligence supérieure a dû lui communiquer, dans le principe, un langage dont toutes celles qu'on rencontre aujourd'hui sur le globe ne sont que des modifications plus ou moins éloignées de la souche primitive. Nous ne nous arrêterons pas à l'examen de cette question qui nous entraînerait trop loin, et au sujet de laquelle nous renvoyons le lecteur à un excellent Mémoire que Humboldt a inséré en 1820 et 1821, dans les Mémoires de la classe d'histoire et de philologie de l'académie royale des sciences de Berlin. En effet, une pareille question ne peut pas embarrasser un seul instant le physiologiste, qui s'arrête toujours là où ses sens refusent de le guider, parce qu'il a reconnu qu'en s'abandonnant aux inspirations capricieuses et trop souvent romanesques de son imagination, il arrive à des idées auxquelles rien de perceptible, par conséquent rien de réel pour nous, ne correspond dans la nature. Pour lui, l'homme parle par cela seul qu'il est homme, et il cesserait d'appartenir à l'espèce dont il fait partie, s'il pouvait se faire que la faculté de parler ne fût pas inhérente à sa nature même. C'est dans la haute intelligence dont il est doué qu'on doit chercher la source de cette faculté; car la parole et l'intelligence tiennent l'une à l'autre par des liens indissolubles. Elles s'enchaînent, se perfectionnent mutuellement, sans que pour cela il y ait entre elles aucun rapport de causalité. Ce sont deux résultats simultanés nécessaires d'une organisation spéciale, qui offrent seulement ce phénomène fort remarquable et unique dans l'histoire des actions organiques, de deux actes qui

exercent une influence réciproque telle que le perfectionnement de l'un entraîne de toute nécessité celui de l'autre. Cependant le premier rang, dans cette concaténation intime, appartient sans contredit à l'intelligence. Lorsque cette noble faculté ne se développe pas, l'homme demeure privé de celle de parler. Semblable alors aux animaux inférieurs, et n'ayant comme eux que des idées peu complexes, comme eux aussi il n'a qu'un simple langage affectif ou d'expression, proportionné à la vivacité des impressions que les objets du dehors font sur lui. Tel est le cas de l'idiot, du crétin, de l'enfant qui vient de naître. La faculté de parler se rattache d'une manière immédiate à celle de combiner les idées simples, les pures intentions, pour en former des idées complexes. En effet, l'enfant parle de lui-même aussitôt que son cerveau a acquis la faculté de trouver des rapports entre les choses, ou de créer des abstractions : à l'instant même il invente un langage, ou apprend celui qu'il entend parler autour de lui, tandis que jusque là il est muet, et réduit à la condition des animaux, inférieur même à plusieurs d'entre eux. D'autres faits encore viennent à l'appui de cette vérité incontestable. Les langues suivent pas à pas les progrès de la civilisation; elles sont informes, barbares et pauvres chez les hordes sauvages; perfectionnées, harmonieuses et abondantes chez les nations policées; riches en expressions pittoresques et vagues chez les peuples qui brillent surtout par l'imagination, comme les Grecs, les Allemands; sévères et rigoureuses chez ceux qui exercent plutôt leur jugement que leur imagination, comme les Français et les Anglais; douces, harmonieuses et expressives chez ceux qui cèdent volontiers aux élans des passions, comme les Italiens; graves et un peu rudes chez ceux dont un caractère austère et sombre masque plutôt qu'il ne tempère la fougue des passions, comme les Espagnols. Il n'est pas jusqu'aux individus d'une même nation, chez lesquels cette liaison intime entre l'intelligence et la parole ne se prononce avec force; car dans chaque homme la parole a un caractère particulier, qui est en raison de l'étendue et de la richesse de son imagination. Ce n'est pas sans motif que nous disons l'imagination; c'est surtout à cette faculté que celle de parler se rattache par les liens les plus intimes; car on peut avoir d'autres facultés intellectuelles très-éminentes, sans être doué de cette puissance d'élocution qui exerce un empire si entraînant sur les esprits. On peut briller au premier rang dans les sciences spéculatives, dans les sciences d'observation, dans la science du calcul, sans être orateur, sans avoir cette promptitude de conception, cette habileté à saisir les nuances les plus délicates, et les rapports les plus éloignés entre les idées, ce talent

d'envelopper sa pensée sous des formes séduisantes, de la peindre par des images frappantes et inattendues, qui constituent le grand art de l'élocution. Sous ce rapport, Boileau s'est trompé quand il a dit qu'on exprime clairement ce que que l'on conçoit bien, et que les mots arrivent aisément pour le dire ; car on peut être maître de son sujet, et cependant ne produire aucun effet dans la chaire, parce que l'organe de la pensée travaille avec trop de lenteur pour alimenter la volubilité de celui de la parole. On peut être un Kant, un Leibnitz, un Buffon, sans être un Démosthène, un Fourcroy. Une brillante improvisation réclame un tout autre genre de talent qu'un discours tout aussi remarquable, mais qui a été péniblement travaillé d'avance.

Il faut donc bien distinguer entre les sons produits et les caractères écrits par lesquels on les représente, et cette distinction n'a pas toujours été faite avec assez de soin. La parole peut se perfectionner comme toutes nos facultés, mais en tant seulement que l'organe sous la dépendance immédiate duquel elle se trouve existe lui-même. En vain Démosthène aurait harangué les flots de la mer ; jamais il ne serait devenu le plus célèbre des orateurs, s'il n'avait été doué des plus rares qualités de l'esprit, si son cerveau n'avait été organisé de la manière la plus heureuse pour produire ces éclairs resplendissans, qui sont un des plus beaux attributs du génie, puisque le génie consiste dans toutes les créations intellectuelles qui frappent les imaginations vulgaires par un caractère inattendu de grandiose et de sublimité. C'est la clarté, c'est la force, c'est la fécondité de la pensée qui seules peuvent inspirer des accens propres à émouvoir le cœur, à captiver l'esprit, à entraîner l'auditoire, à l'identifier avec l'orateur. Et ce qui atteste encore ici jusqu'à quel point la parole est subordonnée à l'intelligence, c'est qu'elle n'est pas le seul acte par lequel cette puissante faculté manifeste son activité au dehors, que toutes les parties du corps contribuent avec le tube vocal à peindre le travail du cerveau, et que les gestes contribuent éminemment à l'expression oratoire : c'est ainsi que les inflexions, les nuances, les cadences de la voix sont modifiées à l'infini par les émotions régulatrices de l'organe de la pensée.

Les organes qui servent à articuler les sons, ou à parler, sont la glotte, le voile et la voûte du palais, la langue, les joues, les dents et la bouche. Il n'est pas vrai que, comme on l'a dit, le nez n'exerce aucune influence notable sur la formation des sons vocaux, et ne fasse qu'en modifier le timbre ; car il y en a plusieurs qu'on ne produit qu'en faisant passer la voix par les fosses nasales au lieu de la cavité buccale. Tels sont en particulier l'*m* et l'*n*. Les phénomènes de la pronon-

ciation sont dus à l'action de toutes les parties mobiles de l'appareil vocal, à la manière dont elles conduisent la voix, dont elles la réfléchissent, et dont elles l'amènent au dehors, par l'un des deux orifices au moyen desquels le larynx communique avec l'air extérieur. Les mouvemens que ces parties exécutent ont besoin d'une telle précision qu'on n'a pas encore pu les imiter dans les arts; mais, quelque complexes qu'ils soient, on peut les décrire, sinon tous, au moins ceux qui ont rapport aux articulations principales; et c'est même ce qui a été fait d'une manière assez exacte, surtout par Kempelen. A cet égard, nous ferons remarquer que plusieurs physiologistes ont commis une grande erreur en disant qu'il y a des sons qui dépendent de modifications dans l'instrument vocal particulières à certains peuples, de manière que d'autres ne peuvent les produire. L'anatomie garde un profond silence sur ces prétendues modifications qu'elle n'a pu découvrir, et qu'on ne doit par conséquent point admettre tant qu'elles n'auront pas été démontrées. Si les Français, par exemple, ont tant de peine à prononcer le *th* des Anglais, le *ch* des Allemands, le *jota* des Espagnols, et certaines lettres de l'alphabet russe, il ne faut en accuser que le défaut d'usage, que la difficulté de ployer l'organe vocal à des inflexions insolites, lorsqu'il a contracté l'habitude de mouvemens qui n'ont aucun rapport avec celles-là. La difficulté n'existe que pour l'adulte, et disparaît même en grande partie pour lui, lorsqu'il se trouve en pays étranger, car l'instrument de la voix est d'une étonnante flexibilité, et peut-être n'y en a-t-il point d'autre dans l'économie animale qui possède la faculté d'imitation à un degré aussi éminent que lui.

La nécessité de fixer la mémoire fugitive des sons auxquels des circonstances diverses avaient déterminé les hommes à attacher des idées différentes, dut les conduire de bonne heure à l'invention de l'écriture, c'est-à-dire, à les traduire par des figures durables, qui servissent à en conserver et rappeler au besoin le souvenir. Pour réaliser cette traduction, chaque peuple fut obligé de ramener tous les sons dont il avait contracté l'habitude à un petit nombre de sons élémentaires, à chacun desquels on assigna un signe particulier. Ces signes constituent ce qu'on appelle les *lettres*, dont la réunion porte le nom d'*alphabet*. Ils ont suffi ensuite, au moyen de leurs diverses combinaisons, appelées *syllabes* et *mots*, pour rendre tous les sons composés, qui ne sont que les produits de la réunion des sons élémentaires ou considérés comme tels.

On conçoit que les signes représentatifs des sons élémentaires ont dû varier beaucoup, suivant le génie de chaque peuple, non pas seulement dans leur forme, qui est par elle-

même indifférente, mais dans leur nombre. En effet ce nombre laisse un vaste champ à l'arbitraire, et même il peut être porté à l'infini, si l'on veut prendre l'oreille pour juge, et créer autant de signes qu'elle saisit de nuances. Mais on a été obligé, pour ne pas perdre tous les avantages de cette méthode artificielle, de limiter le nombre des nuances représentées par un caractère particulier; et c'est en cela que chaque peuple s'est abandonné à son caprice, sauf toutefois un certain nombre de sons fondamentaux qui appartiennent en commun à tous les idiomes sans exception. Dans notre langue, ces caractères sont au nombre de dix-neuf, consacrés par le temps, et qu'on a vainement essayé d'augmenter ou diminuer; car, à cet égard l'usage exerce un empire tyrannique.

On divise communément les lettres, ou les sons élémentaires de la parole, en *voyelles* et en *consonnes*. On appelle *voyelles* les sons produits par une seule émission de voix, et *consonnes* ceux qui servent à lier les voyelles entre elles. Kempelen a donné une définition plus heureuse et plus exacte de ces deux sortes de sons élémentaires. Suivant lui, on doit appeler *voyelles* les sons que la langue dirige vers la bouche, et qui sortent par cette ouverture, et *consonnes* ceux qui se composent d'un des sons précédens associé à un autre son ou bruit, tel que retentissement, frémissement, etc., qui en altère et corrompt la pureté.

En effet, les voyelles semblent appartenir davantage à la voix proprement dite qu'à la parole, et c'est même de là qu'elles tirent leur nom. Elles sont plus faciles à prononcer que les consonnes, et exigent beaucoup moins d'action de la part du tube vocal, puisqu'il suffit que ce tube, une fois disposé convenablement pour produire le son, persiste ensuite dans cette situation tout le temps nécessaire pour lui donner naissance. De là resulterait qu'on a placé parmi les consonnes plusieurs lettres qui sont réellement des voyelles, par exemple le *ch* des Allemands.

Les consonnes sont, au contraire, plus difficiles à prononcer. Elles exigent, de la part du tube vocal, des mouvemens nombreux, souvent très-délicats et très-compliqués. Elles sont produites, tantôt par les modifications que ce tube imprime aux sons, dans l'instant même de la production, tantôt par la manière dont les diverses parties, celles de la bouche surtout, les interrompent et les arrêtent au moment de leur passage.

Quant aux *diphthongues*, ce sont ou des voyelles simples, qui n'ont pas de signe représentatif simple, et qu'on écrit au moyen de deux lettres, ou deux voyelles qui se prononcent successivement à un très-court intervalle.

Les consonnes ont été distinguées d'après la partie du tube vocal qui exerce le plus d'influence sur leur production, ce qui a permis de les diviser en *palatales*, *labiales*, *nasales*, *dentales*, *gutturales*, *explosives* et *sifflantes*.

Magendie a proposé une classification de lettres différente de celle qu'adoptent les grammairiens, et qui repose sur le mécanisme de leur production. Il les partage en *vocales* et *non vocales*, selon qu'elles sont dues à des modifications de la voix, ou qu'elles en sont indépendantes. Parmi les premières, les unes exigent que le tuyau vocal soit ouvert, et dépendent de la forme qu'il prend; les autres veulent qu'il soit fermé, et dépendent de la manière dont il s'ouvre. Quant aux non vocales, elles tiennent au frottement de l'air contre les parois de la bouche, sont indépendantes du son vocal, et peuvent être prolongées autant que l'expiration. Cette modification est beaucoup plus physiologique, et par conséquent préférable à l'ancienne.

II. Les vices de la parole sont très-nombreux; plusieurs sont relatifs aux différens peuples; ce qui est vice dans un pays est qualité dans un autre.

La privation de la parole, quand elle est permanente, soit congéniale, soit acquise, constitue le MUTISME; car on ne donne pas ce nom à la privation symptomatique de la parole qui a lieu dans les maladies aiguës, et qui n'est qu'une suite de la privation plus ou moins complète de la voix, ainsi que l'effet de la paralysie des muscles buccaux et de la langue.

Il est un autre état de la parole, dont l'histoire serait fort étendue, mais qui est d'un médiocre intérêt pour le pathologiste; on ne lui a pas donné de nom particulier générique; Sauvages l'a très-abusivement nommé *bégayement*: il consiste dans la prononciation vicieuse, ou la répétition involontaire d'une syllabe ou d'une lettre. On appelle BÉGAYEMENT l'hésitation subite et la répétition involontaire dans l'articulation d'une syllabe ou d'une lettre; BALBUTIEMENT, la répétition involontaire du B, du M et du P; BLÉSITÉ, le remplacement d'une consonne forte par sa correspondante faible, par exemple du T par le D, ou d'une consonne gutturale par une labiale, par exemple le C par le T; GRASSEYEMENT, le redoublement du R; JOTACISME, l'impossibilité de prononcer nettement et fortement le CH, le S, le G mouillés; LALLATION, le redoublement du L, la prononciation du L mouillé, quand elle n'est pas indiquée, la prononciation du L simple, quand il faudrait prononcer le L mouillé; enfin, le remplacement du R par le L; MOGILALISME, l'impossibilité de prononcer les lettres labiales. *Voyez* VOIX.

PAROTIDE, s. f., *parotis;* nom donné à la plus grosse des glandes salivaires, celle qui remplit la profonde excavation creusée sur les côtés de la face, entre l'apophyse mastoïde du temporal, le conduit auditif, externe et le bord postérieur de la branche de la mâchoire inférieure, de manière à s'étendre verticalement depuis l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire.

Cette glande est couverte immédiatement par la peau et par quelques fibres du muscle peaucier. Elle n'a pas de limites précises, et se prolonge en haut sur l'articulation de la mâchoire, en avant sur le muscle masséter. Elle représente une sorte de pyramide fort irrégulière, dont la base ovalaire regarde en dehors, et dont toutes les parties profondes, moulées exactement sur les organes qui les entourent, pénètrent aussi jusque dans leurs intervalles.

Les rapports anatomiques de la parotide sont importans à connaître, depuis qu'on s'est hasardé à en pratiquer l'extirpation. Antérieurement, elle correspond en haut à l'articulation temporo-maxillaire, en dedans, au muscle ptérygoïdien interne, et en dehors au bord postérieur de la mâchoire inférieure. Postérieurement, elle se trouve unie, par un tissu cellulaire assez serré, à l'apophyse mastoïde, au bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien, au ventre postérieur du muscle digastrique, à l'apophyse styloïde et aux muscles qui en naissent. L'artère carotide et la veine jugulaire interne cotoient sa face postérieure en dedans, de même que l'artère carotide externe, au moment de sa terminaison, et surtout la temporale superficielle. On remarque même ordinairement que ces deux dernières artères sont enveloppées par le parenchyme de la glande, surtout la seconde, qui le traverse de bas en haut; tandis que le nerf facial, qui est placé aussi dans le parotide pendant une partie de son trajet, en perce l'épaisseur transversalement.

La parotide est composée de petites granulations arrondies, très-distinctes les unes des autres, d'où naissent les conduits excréteurs, qui donnent naissance au canal PAROTIDIEN par leur réunion. Sa couleur est d'un blanc tirant sur le rouge. Elle a une consistance très-ferme; rarement la graisse s'accumule en grande quantité dans son tissu.

On trouve assez souvent, à une plus ou moins grande distance de la glande normale, une autre appelée *parotide accessoire*, qui tient rarement à la parotide proprement dite, et qui est située sur l'os jugal et l'apophyre zygomatique. Cette glande, ordinairement simple, et quelquefois anssi divisée en deux lobes, fournit un conduit excréteur qui va s'ouvrir dans le canal parotidien.

La parotide reçoit un grand nombre d'artérioles qui lui sont fournies par la carotide externe et la transversale de la face. Ses veines vont se jeter dans les deux jugulaires, et sont continues partout aux artères. Ses nerfs proviennent de la portion dure de la septième paire, du troisième rameau de la cinquième, et de la branche auriculaire du plexus cervical.

Cette glande sécrète la plus grande partie de la SALIVE.

Les *plaies* de la parotide méritent attention, à raison des fistules salivaires dont elles peuvent aisément être suivies. Les piqûres se terminent, en général, d'une manière heureuse, parce que la tuméfaction qu'elles déterminent met leurs parois en contact, et favorise leur cicatrisation. Les plaies déchirées et contuses, au contraire, entraînent toujours une suppuration prolongée, et exposent plus que les autres à la déperdition accidentelle de la salive. S'agit-il d'une division faite par un instrument tranchant, on doit en réunir exactement les bords à l'aide d'emplâtres agglutinatifs, et exercer sur elle une compression assez forte pour empêcher la salive de se porter au dehors. Cette même compression, qu'il est facile d'exercer avec quelques compresses soutenues par un bandage en forme de chevêtre, est également utile après les simples piqûres, et il faut la continuer jusqu'à l'entière formation de la cicatrice. Lorsque les tissus divisés sont tellement meurtris, que leur agglutination immédiate devient impossible, on est obligé d'attendre, pour opérer un rapprochement indispensable des bords de la plaie, que la surface de celle-ci se soit couverte de bourgeons celluleux et vasculaires de bonne nature. Pendant toute la durée du traitement des solutions de continuité de la parotide, le blessé doit être maintenu à une abstinence sévère; on lui imposera même un silence absolu, et on lui fera éviter tout ce qui serait capable de réveiller la sécrétion d'une salive abondante.

Ces principes sont susceptibles de recevoir l'application la plus heureuse dans le traitement des *fistules salivaires* du tissu parotidien. Produites, ou par des solutions de continuité accidentelle que la nature n'a pas cicatrisées, ou par des ulcérations de mauvaise nature, qui ont graduellement pénétré jusqu'aux vaisseaux sécréteurs, les fistules de la glande parotide sont reconnaissables à la sortie avec le pus d'un liquide blanc visqueux, à demi transparent, dont la quantité augmente pendant les repas, et lorsque le sujet se livre à l'exercice de la parole. Quelquefois alors on peut raviver avec l'instrument tranchant les bords de la plaie, puis les réunir, et déterminer ainsi la formation d'une cicatrice solide. Lorsque cette opération est impraticable, il convient de porter sur l'ulcère soit une substance caustique, soit le cautère actuel, afin de réduire

sa surface en escarre, et de provoquer dans la partie affectée de la glande une inflammation intense qui oblitère les vaisseaux salivaires érodés. Des pansemens doux, rares, et l'usage continuel d'une compression soutenue, suffisent ordinairement ensuite pour faire obtenir la guérison.

Les *contusions* de la région parotidienne, et les inflammations qui en sont le résultat, doivent être traitées, comme toutes les autres lésions du même genre, au moyen des antiphlogistiques généraux, des évacuations sanguines et des applications émollientes. Il en est de même des phlegmasies du même organe que déterminent chez les enfans les irritations des tégumens du crâne, ou les douleurs dentaires. *Voyez* PAROTIDITE.

Plus que les autres glandes salivaires, la parotide est exposée aux irritations chroniques et aux *dégénérescences squirreuses*. La vitalité très-active dont elle jouit, et les sympathies aussi multipliées qu'étendues qui l'unissent aux autres parties du canal digestif, peuvent-elle rendre raison de ce phénomène? Nous sommes portés à le croire. Il est à remarquer que les squirres de la parotide succèdent fréquemment à des inflammations aiguës de cette glande, auxquelles on a opposé trop tôt des résolutifs, des fondans et d'autres stimulans du même genre. Ils se développent cependant aussi chez quelques sujets sans cause appréciable, et par le seul effet de l'excitation répétée et intense dont les organes sécréteurs de la salive sont nécessairement le siége, toutes les fois que la mastication des alimens a lieu. Les progrès des squirres parotidiens sont ordinairement presque insensibles, et long-temps inaperçus des malades; il est rare, au moins au début de l'engorgement, que des douleurs vives se fassent sentir; et la tumeur ne produit d'autre effet qu'une gêne déterminée par l'obstacle qu'elle apporte mécaniquement aux mouvemens de la mâchoire. Mais, lorsqu'elle fait des progrès, dans le cas surtout où des irritans sont appliqués sans elle, le sujet y éprouve bientôt les élancemens propres aux cancers; la portion affectée de la glande se ramollit, et la peau s'entr'ouvrant ensuite, une plaie rongeante apparaît, fait des ravages étendus, et finit par entraîner la mort. On rapporte des exemples de squirres de la parotide ramollis qui, ayant été ouverts pour des abcès, ont ensuite servi de base à des végétations fongueuses, qu'il fut impossible de réprimer.

Le diagnostic de la maladie qui nous occupe n'est pas toujours exempt de difficultés : il est souvent arrivé, en effet, de confondre avec l'engorgement du tissu parotidien celui des feuillets celluleux qui l'entourent, ou des ganglions lymphatiques placés à son voisinage. Ce qui rend une telle méprise plus facile encore, c'est que les tumeurs étrangères à la paro-

tide, comprimant à leur tour cette glande, s'attachent en quelque sorte à sa surface, l'atrophient, et la refoulent profondément derrière l'angle de la mâchoire inférieure. Dans un cas de ce genre, rapporté par Boyer, on aurait pu croire que la parotide avait été enlevée, si elle ne s'était montrée saine et intacte au fond de la plaie qui venait d'être faite. Ce sont presque toujours des faits analogues que l'on a présentés comme des exemples de l'extirpation du corps parotidien. L'examen attentif de la tumeur, et la connaissance de la manière dont elle s'est développée, sont les seuls moyens d'éviter des erreurs de cette nature. Il ne faut pas oublier alors que les squirrosités des ganglions, et les engorgemens celluleux, commencent presque toujours par former des tumeurs superficielles circonscrites, et mobiles sous le doigt; tandis que les affections de la parotide sont toujours profondes, confondues avec le reste de la glande, et invariablement fixées à la place qu'elles occupent. Les unes s'accroissent de dehors en dedans, ou de la peau vers l'intérieur; les autres, au contraire, dirigent leurs progrès de dedans en dehors, c'est-à-dire, du centre du corps glanduleux vers sa surface et les tégumens. La sûreté de ces indications est quelquefois mise en défaut, parce que les tumeurs externes, dont on n'a pu suivre les premiers développemens, ont contracté des adhérences avec la parotide, et sont devenues immobiles comme elle. Chez un petit nombre de sujets on a confondu aussi la simple exubérance avec le squirre du tissu parotidien. Enfin, quelques personnes prétendent que, dans cette dernière affection, le tissu cellulaire inter-lobuleux de la glande est seul engorgé, et que le parenchyme organique lui-même demeure intact. Il faudrait, pour faire adopter cette opinion, qu'elle fût étayée de dissections nombreuses et attentives; mais jusque-là il sera plus naturel et plus conforme à l'ensemble des faits connus, de croire que le squirre envahit dans la parotide, comme dans les autres organes glanduleux, les tissus de tous les genres, les vaisseaux de tous les ordres.

Le traitement de cette maladie consiste d'abord dans l'emploi des saignées locales, des émolliens, d'un régime sévère et des révulsifs. Ici le régime présente encore le double avantage de diminuer la trop grande intensité des mouvemens vitaux, et en maintenant les glandes parotides dans le repos, de prévenir l'excitation dont elles sont le siége pendant la mastication des alimens; excitation susceptible d'entretenir, et même d'augmenter l'irritation morbide qui s'est enracinée dans l'organe. Les emplâtres mercuriels et les applications ammoniacales, préconisés par Heister et Mauget, sont d'une utilité fort douteuse. Les frictions locales avec le mercure,

portées jusqu'à la salivation, ont été mises en usage avec succès, et variées par Hévin, Agricola, Junker, et un grand nombre d'autres praticiens. Elles peuvent être essayées, lorsque l'on a déjà diminué l'irritation locale. Enfin, après avoir épuisé sans succès l'emploi des moyens médicinaux les mieux appropriés et les plus puissans, il est permis de songer à l'extirpation de la tumeur. Cette opération, toutefois, peut être différée sans danger, lorsque le squirre est indolent, et qu'il n'occasione aucun trouble dans les fonctions; car on a vu des personnes parvenir dans cet état à un âge fort avancé. Mais une telle temporisation n'est pas permise lorsque la tumeur, traversée par des douleurs lancinantes, menace de s'ulcérer prochainement, ou que, comprimant les vaisseaux jugulaires et les nerfs, elle occasione des céphalalgies habituelles, de l'assoupissement, du délire, et menace de terminer par l'apoplexie les jours du sujet.

Les auteurs diffèrent singulièrement, non sur l'indication, mais sur la possibilité d'extirper entièrement le corps parotidien. Le plus grand nombre des écrivains que l'on considère comme classiques, désapprouvent jusqu'à la tentative de cette opération, alléguant, d'une part, ses dangers; de l'autre, l'insuffisance des observations présentées jusqu'à ce jour sur son exécution. On est, il est vrai, porté à croire que Roonhuysen, Scultet, G. F. Behr, Palfin, Verduin, Gooch, et quelques autres n'ont emporté, sous le nom de parotide, que des tumeurs lymphatiques situées au voisinage de cette glande. Il serait peut-être possible encore d'élever des doutes sur les observations de Heister, Siebold, A. Kaaw, Burgras, Lacoste, et autres chirurgiens du dernier siècle. Enfin, on doit ajouter que la présence de l'artère carotide, dans la substance même de l'organe à emporter, est durant l'opération, une cause manifeste d'accidens graves et de dangers tels que l'on a vu des sujets périr instantanément d'hémorragie entre les mains du chirurgien. Arrêtés par ces motifs, Chopart et Desault voulaient qu'après s'être borné à retrancher la partie externe de la tumeur, on en consumât le reste par les caustiques; mais il serait de beaucoup préférable alors de n'y pas toucher, car une telle opération hâterait les progrès du mal sans donner aucun espoir de le détruire.

Il faut donc absolument, dans les tumeurs de la région parotidienne, emporter la totalité du squirre, ou l'abandonner entièrement à lui-même. Or, les progrès de l'anatomie chirurgicale et de la médecine opératoire permettent, avec de la dextérité et du sang-froid, d'exécuter l'opération de manière à éviter tous les dangers immédiats qui s'y trouvent attachés. Quelques chirurgiens allemands, entre autres Weinhold, et

tout récemment Beclard, en France, ont extirpé avec succès des glandes parotides squirreuses : il n'y a pas à hésiter entre suivre leurs traces, ou abandonner le malade à une mort assurée. Le procédé employé par Heister consistait à détacher la glande squirreuse des parties voisines, et à tamponner aussitôt le fond de la plaie avec des bourdonnets trempés dans une liqueur styptique. Une livre de sang s'écoulait avant qu'on ait quitté le bistouri pour procéder au pansement; et un aide, placé près de l'opéré, devait comprimer l'appareil avec la main, afin de prévenir le retour de l'hémorragie. Il paraît que Heister coupait ou la carotide, ou du moins quelques branches volumineuses nées de son tronc : Weinhold recommande, au contraire, de recourir à une dissection lente et attentive, qui permette de ménager les vaisseaux. Dans les régions profondes, il faut, suivant lui, que le doigt sente la pulsation avant chaque incision, et que le bistouri ne soit conduit qu'entre lui et l'artère, de manière à ne pas couper à la fois plus de deux lignes du tissu cellulaire qui unit la glande aux parties voisines. Ce procédé, comme celui de Heister, est loin de mettre à l'abri de tout accident; aussi Weinhold établit-il que, pour l'exécuter, il faut avoir l'œil et la main également sûrs, se rappeler parfaitement la disposition des parties, et s'être longtemps exercé sur le cadavre.

Béclard, pour extirper une glande parotide, très-volumineuse, la circonscrivit d'abord par deux incisions semi-elliptiques. Puis, après avoir disséqué la partie du squirre, placée sur le masséter, il détacha la tumeur de bas en haut, tantôt en divisant sa substance, tantôt en l'isolant des parties voisines. Une partie du cartilage qui concourt à former le conduit auditif externe, étant dégénérée, fut emportée dans cette dissection. Les artères ont été saisies et liées immédiatement. Enfin, le prolongement que la glande envoie derrière la mâchoire fut excisé par tranches successives. Déjà sa presque totalité avait été emportée, lorsqu'un jet de sang vermeil annonça la lésion de l'artère. Il fallut procéder à sa ligature, et le reste de la tumeur étant accollé à la veine jugulaire interne, on le laissa dans la plaie après l'avoir étreint avec deux fils passés sous lui au moyen d'une aiguille.

Tels sont les procédés employés jusqu'ici pour l'extirpation de la parotide. En y réfléchissant un peu, il est facile de se convaincre, d'une part, que, durant cette opération, l'on ne peut éviter la lésion de l'artère carotide externe; de l'autre, que l'ouverture de ce vaisseau est la source du danger le plus immédiat qui menace le sujet. Dès-lors il nous semble que le procédé suivant serait à la fois plus simple et plus sûr que ceux dont il a été jusqu'ici question. Le squirre étant dé-

couvert par des incisions convenables, il faudrait isoler d'abord l'artère carotide, et la couper au-dessous de lui entre deux ligatures; puis relever la partie supérieure du vaisseau avec la parotide dont on poursuivrait la dissection de bas en haut, de manière à terminer l'opération, en liant de nouveau l'artère au-dessus et dans le pédicule de la tumeur. Celle-ci serait enfin détachée, sans crainte au devant des fils. Il est évident qu'en agissant ainsi, le chirurgien se rendrait maître du sang pendant toute la durée de l'opération : la présence de la veine jugulaire interne et des troncs nerveux, dont cette région est sillonnée, réclameraient sans doute encore toute son attention, et rendraient toute son habileté nécessaire; mais il aurait du moins prévenu sûrement l'accident le plus immédiat et le plus grave qu'il ait à redouter.

PAROTIDE, s. f. (art vétérinaire); les poulains et les jeunes chevaux y sont en général plus sujets que les animaux plus âgés; mais la cause occasionelle la moins équivoque, la mieux connue, et, dans quelques endroits, la plus commune, est une violence extérieure exercée sur la parotide même. Elle est alors le résultat de l'irritation produite par des coups sur la partie, notamment par cette pratique absurde de certains maréchaux, qu'ils nomment *tenailler* ou *battre les avives*, et qui consiste à pincer fortement avec des tricoises la peau qui recouvre la glande, à la frapper rudement avec le manche du brochoir; et, par ce moyen, ils prétendent guérir les coliques et les dégoûts!.... Cette absurdité, encore en vogue aujourd'hui dans beaucoup de cantons, est recommandée spécialement par l'Ecuyer français; le précepte en a été renouvelé par Folleysel, qui croyait avoir perfectionné le procédé en prescrivant de plier l'oreille en bas vers le larynx, et de faire le tenaillement à l'endroit où arrive la pointe de l'oreille, ajoutant de mettre une chandelle dans le rectum pour exciter la sortie des excrémens. Ce ne serait rien que cette opération, que des ignorans exécutent encore, si elle n'était que ridicule; mais elle est dangereuse, et l'on a vu en résulter des fistules salivaires, une perte de peau sur la parotide dans une surface large comme la main, des plaies graves, etc. La parotide consécutive accompagne l'angine et le catarrhe pendant leur période d'accroissement, et suit quelquefois avec eux la marche épidémique; elle a été notée comme un des symptômes du typhus contagieux des bêtes à grosses cornes, de cette terrible épizootie qui a tant ravagé l'Europe, et la France en particulier, à différentes époques.

La résolution s'obtient le plus communément avec la précaution nécessaire de garantir contre le froid la partie affectée, à l'aide d'une peau d'agneau, la laine en dedans, en faisant

d'ailleurs observer un régime convenable. Les saignées locales, et même générales, ne sont indiquées que dans les cas d'inflammation très-intense, accompagnée de mouvemens fébriles. Les cataplasmes mucilagineux sont nécessairement prescrits. Comme il serait dangereux d'introduire l'instrument tranchant dans ces parties, on attend que la matière se fasse jour d'elle-même au dehors, ou l'on se contente de percer la peau, quand il n'y a plus qu'elle d'obstacle à l'écoulement du pus. Dans d'autres occasions, le pus s'accumule dans la poche gutturale particulière aux monodactyles, et qui existe de chaque côté contiuu à la trompe d'Eustache, ou bien c'est le tissu interlobulaire de la glande qui devieut le siége du foyer purulent. Des abcès nombreux se succèdent les uns aux autres; bientôt le tissu glanduleux s'altère par le séjour de la matière, à laquelle on ne pourait donner issue qu'en incisant la glande, de sorte qu'il se forme des fistules plus ou moins nombreuses qui rendent le mal plus ou moins incurable. Au surplus, quelques expériences semblent établir que l'incision, à travers la substance de la parotide, n'est pas aussi dangereuse qu'on le pense généralement. Dans le courant de l'été 1815, il fut conduit, aux hôpitaux de l'Ecole royale vétérinaire d'Alfort, un cheval noir, auquel un maréchal avait ouvert un abcès parotidien en pratiquant une incision longue et profonde qui partait de la base de l'oreille et descendait jusqu'au niveau du larynx; la salive s'écoulait en abondance avec la matière purulente, par cette large plaie qui renfermait une grande quantité de vers, produits de larves de mouches, et qui présentait beaucoup de clapiers. Les pansemens faits avec une une liqueur détersive, et renouvelés convenablement, ont amené une cicatrisation heureuse, et la cure s'est opérée en peu de temps sans accident. Ce fait ne semble-t-il pas prouver que les incisions pratiquées dans la substancé parotidienne sont moins graves que celles faites aux canaux excréteurs qui proviennent de la glande, et qui occasionent souvent des fistules salivaires incurables? Pour éviter ces fâcheux accidens, et lorsqu'on voit qu'à la suite d'une violence extérieure la parotide va s'établir dans le tissu même de l'organe, on cherche à établir un point de dérivation, et, pour y parvenir, on passe avec un fer rouge un séton au poitrail, et l'on y joint d'autres moyens capables de remplir cette indication. Lorsque la parotide s'établit en même temps que l'angine, presque toujours l'accumulation du pus a lieu dans la poche gutturale, et l'on est obligé de favoriser la suppuration. Ainsi, l'on oint la partie avec de l'onguent basilicum, et on la couvre d'une peau d'agneau; mais si l'inflammation s'annonçait d'une manière trop vive, on passerait un séton au poitrail, et l'on mettrait

en usage les émolliens. L'excès comme le défaut d'excitation étant un obstacle à la suppuration, lorsque l'abcès est formé, cet état indique la nécessité de donner issue à la matière; et, pour y parvenir, on pratique l'opération appelée *hyovertébrotomie*, qui consiste dans la ponction de la poche gutturale à la partie supérieure, et à pratiquer une contre-ouverture à son extrémité inférieure. L'opération est moins difficile lors de la présence du pus qui, produisant un gonflement au-dessous de l'oreille, indique l'endroit où l'on doit porter le bistouri (*Voyez* HYOVERTÉBROTOMIE). On ne doit pas, comme l'ont conseillé quelques vétérinaires, faire des injections dans la poche pour favoriser l'écoulement du pus; elles peuvent faire refluer la matière vers le larynx et occasioner la suffocation; le séton, qui fait le complément de l'opération, suffit ordinairement. La gangrène est le cas le plus dangereux. Elle survient lorsque la cause de la parotide est spéciale et agit d'une manière violente, elle succède encore à l'emploi des topiques irritans et mal appliqués. L'induration peut à la rigueur être déterminée par l'usage prématuré des répercussifs et l'application imprudente du froid; elle peut encore provenir de ce que la glande s'engorge sans suppurer, et reste dure et indolente. On doit dans ce cas chercher à obtenir une résolution ou une suppuration par des frictions locales spiritueuses et stimulantes, ensuite por l'application des linimens volatils et des vésicatoires, et enfin par celle du feu en raies, mis de manière à ce qu'il pénètre profondément.

PAROTIDIEN, adj.; épithète qu'on donne au conduit excréteur de la glande parotide, appelé aussi *canal de Stenon*, quoiqu'on ne sache pas bien précisément si la découverte en est due à Stenon, ou à Needham et à Blaes. Ce canal, formé par la réunion de tous les conduits excréteurs particuliers de la glande, naît de la partie moyenne et un peu supérieure du bord antérieur de cette dernière. Il suit d'abord une direction presque horizontale, à la face externe du muscle masséter, un demi-pouce environ au-dessous de l'arcade zygomatique, se relève ensuite un peu, puis ne tarde pas à s'abaisser, de manière à décrire un arc dont la convexité est tournée en haut. Arrivé au bord antérieur du masséter, il s'enfonce dans les graisses de la joue, et perce le buccinateur, ainsi que la membrane buccale, vis-à-vis l'espace compris entre la seconde et la troisième dents molaires supérieures, à trois lignes de l'arcade alvéolaire. Il traverse un peu obliquement les fibres du buccinateur, y passe directement en se repliant en dedans, et parcourt ensuite un petit trajet oblique en devant, dans l'épaisseur de la membrane interne de la bouche. Son orifice est oblique et un peu plus étroit que son calibre, d'où résulte

qu'il paraît exister à sa partie postérieure une sorte de petite valvule, dont le bord libre est tourné en avant, et le bord adhérent en arrière. Ce canal est cylindrique, blanc, et de consistance ligamenteuse; son diamètre s'élève ordinairement à plus d'une ligne. Ses parois sont fort épaisses, et couvrent une tunique muqueuse. Il reçoit des artérioles de la transversale de la face, et des nerfs de la portion dure de la septième paire.

PAROTIDITE, s. f., *parotitis*, *cynanche parotidæa*, *angina externa*. *angina parotidæa*, *sialadenitis*. L'inflammation de la glande parotide a été désignée sous une foule de noms qui en donnent presque tous une idée fausse. On la reconnaît à un gonflement qui se montre d'abord derrière l'oreille, s'étend jusque sur l'angle de la mâchoire inférieure, et plus ou moins en dedans du bord inférieur de cet os. Tantôt la tuméfaction est le premier symptôme que l'on observe, tantôt le sujet éprouve d'abord un sentiment de pesanteur, de tension désagréable, puis douloureuse dans le lieu que nous venons d'indiquer; la déglutition est gênée, la mâchoire est difficilement abaissée; il y a souvent surdité, quelquefois de la rougeur. Quand le gonflement est survenu, le sentiment de gêne, d'ailleurs peu douloureux, commence à se faire sentir ou continue sans augmenter beaucoup. Quand la phlegmasie n'est pas très-intense, la sécrétion de la salive n'est point sensiblement diminuée, bientôt elle augmente de beaucoup; si l'inflammation est considérable et s'étend, non-seulement aux parotides, mais aux glandes sous-maxillaires et sub-linguales, la sécrétion de la salive est suspendue, la bouche est excessivement sèche.

La suppuration est fort rare dans la parotidite. Cette phlegmasie, presque toujours peu intense, se termine en peu de jours par la résolution qu'annoncent un flux abondant de salive et la diminution du gonflement et du sentiment de gêne tout particulier qui la caractérisent. Pour que la suppuration ait lieu, il faut qu'il existe une cause irritante qui ait agi profondément, ou qui persiste. Si la parotidite passe à l'état chronique, ce qui a lieu fort souvent après la suppuration, il en peut résulter l'induration et même la dégénérescence squirreuse ou cancéreuse. La suppuration de cette glande a l'inconvénient, quand le pus se fraye une voie au dehors, de donner lieu à la formation d'une fistule salivaire, dont il est ensuite assez difficile de débarrasser le malade. L'induration et même le squirre sont de peu d'importance quand une seule parotide est affectée, et quand l'organe n'est pas devenu très-volumineux. Nous avons vu un cas dans lequel une énorme tuméfaction chronique de la parotide et des autres glandes salivaires détermina la mort par suffocation, effet de la compression du larynx à sa partie supérieure. Les cas de ce genre sont fort rares. Il n'en est pas

moins vrai que si, dans l'origine de celui dont nous venons de parler, on avait combattu l'inflammation par des moyens appropriés, le malade n'aurait point péri quelques années après d'un genre de mort affreux. En somme, la parotidite est une phlegmasie généralement peu dangereuse, lors même qu'on n'a recours à aucun traitement, ou que l'on emploie des moyens contre-indiqués, sauf le cas dont nous parlerons bientôt.

Quelques auteurs ont considéré la parotidite plutôt comme une inflammation du tissu cellulaire voisin que comme une phlegmasie de la parotide; Bichat et Pinel penchaient pour cette opinion; Murat a constaté la rougeur du tissu de la parotide après la mort, et par conséquent la réalité de l'inflammation de cette glande elle-même pendant la vie. Il y a d'utiles recherches anatomiques à faire sur ce point. Ce qui est certain, c'est que le plus souvent rien, dans la parotidite, n'annonce une inflammation du tissu cellulaire, un phlegmon en un mot.

La parotidite, comme toutes les phlegmasies d'organes accessibles aux corps étrangers, peut être l'effet d'une lésion traumatique, d'une cause mécanique telle qu'une contusion, une plaie. L'usage des mercuriaux, des sialagogues irritans, la détermine fort souvent. On a mis au nombre de ses causes la présence de calculs salivaires; et en effet il s'en trouve parfois dans les parotides enflammées. Toute inflammation d'un organe avec lequel sympathisent les glandes salivaires, peut donner lieu à la parotidite, et notamment l'inflammation des organes qui avoisinent la parotide, plus encore celle de la membrane sur laquelle s'ouvre le conduit excréteur de cette glande. Ainsi on voit souvent la parotidite dans le cours ou bien au déclin des phlegmasies de la membrane buccale, des gencives, de l'oreille ou de la langue, de l'angine, de la gastrite, de la gastro-céphalite surtout, de l'encéphalite, de l'arachnoïdite, et même des inflammations thoraciques. On la voit apparaître aussi plus ou moins long-temps après la suppression des phlegmasies, des sécrétions habituelles ou morbides de la peau.

La parotidite peut être épidémique de trois manières : ou bien elle se manifeste sans complication sur un certain nombre de sujets placés au milieu d'un plus grand nombre d'autres affectés de bronchites, de péripneumonies, de gastro-entérites dites catarrhales; ou bien elle règne seule, et, dans ce cas, elle est toujours assez peu répandue; ou enfin, et c'est le plus communément, elle survient comme complication ou comme suite dans le cours d'une épidémie de phlegmasies des principaux viscères, surtout de ceux de l'abdomen, compliquées

d'affections sympathiques de l'encéphale. Dans les deux premiers cas, on lui donne les noms ridicules d'*oreillons*, d'*ourles*; et, dans le troisième, celui de *parotide* encore plus ridicule peut-être. Que penserait-on d'un médecin qui dirait d'un malade affecté d'une gastrite : *Il a un estomac*? Et pourtant chaque jour on entend ce qu'on appelle les praticiens, dire : *il est survenu une parotide*, l'*apparition d'une parotide est d'un bon augure*.

Quand la parotidite est l'effet d'une contusion, d'une plaie, la suppuration est à craindre; elle ne peut guère être évitée si l'organe a été divisé; néanmoins il faut mettre en usage tous les moyens antiphlogistiques locaux, puisque ce sont les meilleurs pour prévenir ou diminuer la suppuration, et remplir d'ailleurs les indications qu'exige le désordre causé par l'agent vulnérant. *Voyez* PAROTIDE.

Lorsque la parotidite est épidémique, et survient par l'effet d'une constitution froide et humide, des frissonnemens, des douleurs, un sentiment de lassitude dans les membres en sont les avant-coureurs communs d'ailleurs à tant d'autres phlegmasies. Les deux parotides se tuméfient pour l'ordinaire; l'inflammation s'étend souvent aux autres glandes salivaires, le tissu cellulaire environnant se gonfle également; toute la région sous-maxillaire est tuméfiée depuis le derrière d'une oreille jusqu'à l'autre, ce qui donne à la face un aspect étrange analogue à celui que présentent plusieurs crétins. Le pouls est large et mou. Il arrive assez souvent, et sans cause apparente, qu'à la suite de nouveaux frissons, la tuméfaction sous-maxillaire diminue ou cesse subitement, et qu'alors, selon le sexe, les testicules, les mamelles, les grandes lèvres ou les ovaires s'enflamment presque subitement, ce qui au reste n'arrive guère chez les enfans ni chez les vieillards. Plus rarement on voit survenir des signes de gastrite, d'encéphalite, de méningite, qui par fois alternent avec l'inflammation des parties génitales.

Tout cela peut arriver dans la parotidite sporadique, c'est-à-dire dans celle qui, n'attaquant que des individus isolés, ne peut être rapportée qu'à une seule cause connue. Ces effets singuliers ou fâcheux n'ont pas lieu dans la parotide traumatique, on en sent aisément la raison: l'organe a subi une altération qui ne peut cesser tout à coup.

La parotidite qui se manifeste chez un sujet affecté d'une inflammation viscérale était jusqu'à ces derniers temps presque la seule qu'on eût étudiée; mais il est à remarquer qu'on paraissait ne pas se douter que ce fût une inflammation. C'est qu'en pareil cas elle se manifeste très-souvent sans douleur. Quand le travail inflammatoire est trop obscur pour que le sujet, d'ailleurs

presque toujours en proie à d'autres souffrances, puisse avoir conscience d'un dérangement organique si peu pénible dans l'état d'intégrité des autres organes, la rougeur est souvent assez prononcée, souvent aussi elle est violacée. La douleur finit par être très-intense quand la suppuration s'établit naturellement, et bien plus encore quand on la provoque par les moyens violens trop souvent mis alors en usage.

Il arrive fréquemment que l'apparition, non de la *parotide*, mais de la parotidite, devient le signal d'une amélioration subite dans la phlegmasie viscérale; on dit alors que la *parotide* a été *critique*; d'autres fois il y a une amélioration momentanée, puis tous les accidens graves reparaissent; on dit que la *parotide* n'a été qu'*imparfaitement critique*; enfin, malgré l'apparition de la parotidite, les accidens vont toujours croissans, ils redoublent même quelquefois lors de son développement, et l'on dit que la *parotide* n'a pas été *critique*, ou qu'elle a été *funeste*. De là d'interminables discussions pour savoir s'il faut désirer ou craindre, combattre ou favoriser la *parotide*. Ainsi que tant d'autres points de l'art, celui-ci n'est obscur que parce qu'on l'a obscurci. Le fait est que la *parotidite* ne *guérit* point les phlegmasies viscérales, et qu'elle ne les aggrave pas davantage; mais qu'elle leur succède, ou bien les complique dans beaucoup de cas; qu'il est toujours d'un bon augure de voir se développer une inflammation externe dans une inflammation interne, quand dès-lors ou un peu plus tard celle-ci décroît, et qu'alors il faut éviter tout ce qui pourrait faire disparaître l'inflammation externe; que si, au contraire, l'inflammation interne ne diminue pas et plus encore si elle s'aggrave, il faut se hâter de combattre en même temps qu'elle l'inflammation externe; car c'est assez, ou plutôt c'est trop d'une phlegmasie grave chez un sujet, surtout quand elle occupe un viscère. A cela se réduit tant de discussions sans conclusions sur les parotides.

La parotidite sans complication, et qui ne paraît pas devoir se terminer par suppuration, c'est-à-dire, celle qui n'offre pas une douleur vive, une dureté considérable, des élancemens, n'exige pas l'emploi des émissions sanguines locales, d'abord parce que l'inflammation guérit en pareil cas alors sans leur secours, et, ensuite, parce qu'elles pourraient déterminer la délitescence sur un viscère ou sur un autre organe plus important. Il suffit d'envelopper la partie tuméfiée avec une flanelle, une couche de coton, une mousseline, ou bien encore on la couvre d'un cataplasme de farine de graine de lin très-chaud. On réduit le malade à l'usage des soupes et du bouillon, attendu la gêne des organes masticateurs et la nécessité d'exciter le moins possible les organes sécréteurs de la salive. S'il y a sécheresse de

la bouche, il est bon de l'humecter avec un liquide mucilagineux. On est dans l'usage de donner des purgatifs pendant ou après le cours de cette inflammation, mais cette pratique n'est propre qu'à mobiliser la phlegmasie.

Toutes les fois que la parotidite ne survient pas au déclin d'une inflammation interne grave, dont l'amendement coïncide avec son développement, si le malade y éprouve des élancemens, il convient d'appliquer des sangsues derrière la tumeur, afin de prévenir, ou tout au moins de modérer la suppuration. Quand celle-ci a lieu, il faut se conduire comme il a été dit à l'article PAROTIDE.

Faut-il, dans certains cas, accroître l'intensité de la parotidite, appliquer sur la tumeur des onguens, des linimens irritans, des suppuratifs? faut-il même y appliquer la pierre à cautère, comme on le fait dans la crainte de voir cesser ce qu'on regarde comme un mouvement naturel salutaire? Le seul cas où il soit indiqué de provoquer, d'accroître au lieu de diminuer la parotidite, est celui où une maladie, après s'être amendée pendant le développement de cette inflammation, se renouvelle immédiatement à la suite de sa disparition presque subite, et celui où une inflammation viscérale, génitale ou mammaire succède à la cessation prématurée de la parotidite. Mais, dans ces cas mêmes, il ne faut point recourir à des moyens violens; le plus actif de tous ceux que l'on peut se permettre et le meilleur de tous, est l'application d'un petit vésicatoire volant sur la région mastoïdienne. Le plus ordinairement il suffit d'un sinapisme laissé en place pendant une heure ou deux sur cette partie.

La parotidite chronique donne lieu à diverses altérations de texture, qui, pour l'ordinaire, se montrent sous formes de lésions externes, et réclament des secours purement chirurgicaux. *Voyez* PAROTIDE et SALIVATION.

Dans le cas dont nous avons parlé, la tumeur fit des progrès d'abord très-lents, puis de plus en plus rapides. Tout l'arsenal pharmaceutique fut déployé, on prodigua la panacée des Anglais, le calomélas; le malade saliva beaucoup et mourut suffoqué.

PAROXISME, s. m., *paroxismus*, *exacerbatio*, *accessio*; exaspération des symptômes, plus ou moins souvent répétée dans le cours d'une maladie; c'est ce qu'on appelle plus simplement REDOUBLEMENT. Le paroxisme n'a lieu que dans les maladies continues; il prend le nom d'ACCÈS dans les maladies régulièrement rémittentes. Il a lieu le plus ordinairement le soir ou dans la nuit; tantôt il consiste seulement dans l'augmentation d'un seul ou de plusieurs, tantôt en même temps dans

l'apparition de nouveaux symptômes, tels que principalement ceux de l'accélération de la circulation.

PARTURITION, s. f., *parturitio;* action au moyen de laquelle le fœtus, parvenu au terme de son développement, est expulsé de la cavité utérine à travers les voies génitales. Le travail de la parturition est un des actes aussi nombreux qu'admirables de cette grande fonction qui a pour objet la perpétuité des espèces animales. Il ne doit être confondu ni avec l'AVORTEMENT, ni avec aucun des ACCOUCHEMENS opérés par l'art. Le ministère du médecin doit, pendant sa durée se borner à régulariser sa marche, à lever les obstacles qui peuvent l'entraver, en un mot, à assurer le salut de la mère et de l'enfant, dont tant de causes peuvent compromettre la vie. Il faut se rappeler que la parturition est de toutes les actions organiques la plus douloureuse, la plus pénible; celle dont le mécanisme, soumis aux lois les plus exactes, est le plus facilement altéré par les plus petits dérangemens, et qui exige dès-lors la surveillance la plus active de la part de l'homme de l'art. Des accidens tellement graves précèdent, accompagnent ou suivent quelquefois cette fonction, que le vulgaire y découvre moins une action normale qu'une sorte de maladie aiguë, durant laquelle les secours les plus puissans de la médecine doivent être prodigués. Bien qu'exagérée, cette opinion n'est pas dénuée de fondement; car la parturition se rapproche en effet beaucoup de l'état morbide, et prend avec une extrême facilité les caractères qui le constituent.

Les circonstances qui déterminent l'apparition du travail de l'enfantement, à une époque presque invariable pour tous les sujets, ont été l'objet des recherches et des conjectures d'un grand nombre de physiologistes et de physiciens. L'acrimoine des eaux du l'amnios, la pléthore qui s'établit chez la femme, l'irritation déterminée par l'afflux périodique du sang menstruel, la distension incessamment plus considérable de la matrice, la rupture de l'équilibre qui doit exister entre les fibres du col et celles du corps de cet organe, telles sont quelques-unes des causes auxquelles on a essayé de rapporter l'apparition des contractions utérines. Mais la parturition ne saurait dépendre exclusivement d'aucune d'elles. Il en est plusieurs, telles que l'acreté prétendue des eaux du l'amnios, qui sont entièrement conjecturales; d'autres, exerçant leur action pendant toute la durée de la grossesse, ne sauraient, par conséquent, rendre raison de l'invasion, à époque fixe, du travail qui a pour but la délivrance de la femme. Dire avec Buffon que le fœtus, comme un fruit mûr, se détache et sort à l'époque où il cesse de recevoir des sucs assez abondans pour

le nourrir, c'est établir une hypothèse brillante, mais qui n'est justifiée par aucune observation. Il est enfin directement contraire aux faits les mieux constatés que l'enfantement soit provoqué par les agitations et les efforts du fœtus qui, incommodé par le méconium, gêné dans sa position fléchie, ou tourmenté du besoin de respirer, de manger et de boire, chercherait à sortir, et franchirait les obstacles qui le retiennent. Les erreurs de ce genre ne méritent plus de réfutation sérieuse.

Il nous semble démontré que l'expulsion du produit de la conception, à la fin de la grossesse, est le résultat combiné des changemens survenus d'une part dans la matrice, et de l'autre dans le fœtus lui-même. L'utérus, en effet, est devenu, pendant la gestation, de plus en plus irritable et disposé à se contracter; à la fin, la stimulation la plus légère suffit pour déterminer son action expulsive. En même temps que ces modifications s'opèrent, le fœtus et ses dépendances acquièrent plus de volume, de pesanteur, et réclament des sucs nutritifs, plus abondans; ils irritent enfin l'organe qui les renferme, au point que leur présence lui devient insupportable. Sans doute encore, que l'utérus excité, et jeté dans un état continuel d'orgasme, agit sympathiquement sur le système nerveux, augmente sa susceptibilité, provoque le dérangement des principales fonctions, et rend enfin indispensable le développement, dans l'organisme vivant, d'une crise qui le débarrasse et ramène toutes les actions vitales à leur rhythme habituel. Ces influences combinées expliquent fort bien comment le travail de l'enfantement doit enfin se manifester; et si ce travail survient, presque toujours à la même époque, c'est probablement parce que l'économie animale exécute en général toutes ses révolutions en des temps ou périodes réguliers, dont la durée varie peu, et qui sont soumises au calcul, lorsque rien ne trouble leur succession.

En adoptant cette manière de voir, toutes les difficultés du sujet qui nous occupe s'aplanissent comme d'elles-mêmes : on conçoit aisément, par exemple, comment doivent agir les circonstances qui tendent à précipiter ou à retarder la parturition. Ainsi, que l'utérus ait une susceptibilité trop grande, la cause la plus légère suffira pour provoquer ses contractions; le même effet aura lieu, après l'impression morale la moins vive, si la constitution de la femme est trop nerveuse, si les sympathies sont trop énergiques. Lorsque la matrice renferme deux enfans, il n'est pas rare qu'elle ne soit plus tôt fatiguée, et qu'elle se livre aux efforts de l'enfantement avant le terme marqué par la nature. Enfin, il n'y a pas jusqu'à la période menstruelle qui n'exerce une puissante influence sur l'époque de la parturition. Pendant toute la durée de la grossesse, le temps

où les règles devaient survenir est marqué par les phénomènes d'une excitation utérine incontestable. Or, c'est très-fréquemment durant cette période que la matrice se débarrasse du produit de la conception. Quelques personnes pensent même que, si la femme est devenue enceinte peu de jours avant l'instant où les règles devaient survenir, la grossesse pourra, ou se terminer à la neuvième menstruation, c'est-à-dire, avant les neuf mois, ou se prolonger, si cette révolution ne provoque pas l'enfantement, jusqu'à l'époque suivante, qui dépassera d'un plus ou moins grand nombre de jours le terme ordinaire. De cette manière, la grossesse pourrait, suivant plusieurs physiologistes, se prolonger, dans quelques cas rares, jusqu'à une époque voisine du dixième mois, terme au-delà duquel il est impossible à la raison, comme il est défendu par la loi, d'admettre la légitimité des naissances appelées tardives.

Les organes actifs de la parturition sont la matrice, les muscles abdominaux et le diaphragme. C'est aux contractions utérines qu'est presque exclusivement due la sortie du fœtus; celui-ci reste passif pendant toute la durée du travail, et les muscles abdominaux, ainsi que le diaphragme, ne font qu'aider à l'action du viscère qui contient le produit de la conception, et lui prêter un secours dont à la rigueur il pourrait se passer. Ainsi, le fœtus mort, et par conséquent tout à fait inerte, est expulsé aussi facilement et avec autant de rapidité, toutes choses d'ailleurs égales, que s'il était vivant. La matrice sortie à travers la vulve, ou soustraite, dans les cas d'éventration, à l'action des muscles de l'abdomen, ne se débarrasse pas moins de l'enfant qu'elle renferme. On a même vu l'accouchement s'opérer spontanément après la mort, l'utérus, comme les intestins et le cœur, conservant encore pendant quelque temps son irritabilité, après que toutes les autres parties ont perdu la faculté de se mouvoir.

L'utérus est donc l'agent principal au moyen duquel s'opère l'acte de l'enfantement. Uni aux muscles qui forment l'enceinte abdominale par les liens d'une sympathie étroite, il les appelle à son aide, et provoque leurs contractions auxiliaires, de la même manière que le font l'estomac, la vessie et le rectum, lorsqu'ils veulent expulser les matières qui les irritent. Les contractions utérines ont lieu, quoi qu'on en ait dit, dans toutes les parties du viscère à la fois, et tendent à en diminuer uniformément la cavité. Si l'on explore la matrice pendant les douleurs, on la trouve durcie et tendue autant sur ses côtés et à son fond qu'à son col, dont les fibres se raidissent en même temps que son ouverture se resserre. Si l'on introduit la main dans l'organe peu de temps après la sortie du fœtus, on sent, à chaque contraction, la surface de cette

partie pressée par les parois utérines, alors même que le poignet se trouve quelquefois étranglé par les bords du col, au point que le mouvement circulatoire y est suspendu et que les doigts sont et d'engourdis.

Le fœtus est donc pressé de toutes parts à la fois par la matrice contractée ; et, s'il s'échappe à travers le col, c'est que cette partie lui offre moins de résistance que les autres. On observe effectivement qu'à chaque douleur, l'enfant pressé avec force contre le col, qui résiste et se durcit, le laisse ensuite un peu plus souple, plus aminci, et plus large qu'il ne l'était d'abord. Il semble que le fond de l'organe soit le point central d'où partent toutes les contractions qui tendraient dès-lors à user, à détruire graduellement la résistance du col. La succession de ces efforts et de ces résultats a pour conséquence dernière de faire engager le fœtus entre les lèvres de l'ouverture agrandie, et de le chasser enfin au dehors.

Pendant que cette action s'opère, les muscles abdominaux, sollicités par les douleurs, se contractent avec énergie ; le diaphragme s'abaisse, l'air est retenu dans le poumon par la glotte, et tous les muscles qui s'attachent aux côtes fixent solidement les parois de la poitrine. De proche en proche l'effort se propage à tous les membres, qui cherchent à prendre des points d'appui, afin de rendre plus efficace l'action de l'enceinte abdominale : la femme renverse le tronc et la tête en arrière ; elle appuie ses reins, se raidit de toutes ses forces et arc boute solidement ses pieds et les mains contre les objets à sa portée. La circulation pulmonaire est alors presque suspendue ; le sang séjourne dans les grosses veines, et successivement dans les vaisseaux capillaires de tout le corps ; les tégumens rougissent ; quelquefois des ecchymoses apparaissent dans leur épaisseur ; la tête devient pesante, et une sorte de congestion cérébrale s'opère. On conçoit que, chez les femmes pléthoriques, chez celles qui portent quelques lésions graves aux organes pectoraux, les efforts dont il s'agit ne sauraient être ni aussi puissans, ni aussi prolongés que dans l'état normal. Les anciens avaient déjà observé que, chez les femmes craintives et qui s'exhalent en plaintes et en cris, le travail marche plus lentement que chez les autres, parce que les contractions de leurs muscles abdominaux et thoraciques sont presque nulles. De là est venu le précepte de faire pousser fortement la femme, à chaque douleur, comme si elle voulait aller à la garde-robe, et de l'engager à retenir les éclats de sa voix. Ce moyen est un des plus puissans que nous possédions pour soutenir et hâter la marche de la parturition.

Soumis à la volonté, dans les premiers instans du travail, les efforts des muscles abdominaux se reproduisent bientôt

malgré la femme, qui ne peut les modérer quoiqu'on lui démontre, dans quelques occasions, combien il serait utile de ralentir le travail, afin de donner aux parties génitales externes le temps de se dilater. En se contractant, les muscles abdominaux et le diaphragme appuient, soit immédiatement, soit par contiguité, sur la périphérie de la matrice, l'enveloppent, la soutiennent, fortifient en quelque sorte ses parois, et la préservent de ruptures qui sans cela seraient peut-être, ainsi que le fait observer Baudelocque, plus fréquentes qu'on ne l'observe généralement.

Des douleurs plus ou moins vives, continues et répétées accompagnent le travail de l'enfantement, et semblent en être inséparables. Il ne faut pas prendre toutefois pour des signes de parturition toutes les sensations douloureuses que les femmes, arrivées au terme de la grossesse, peuvent éprouver dans l'abdomen. Quelques-unes d'entre elles, appelées *fausses douleurs*, sont étrangères à la matrice, et dépendent souvent d'irritations intestinales. Il n'est pas rare de voir les personnes inhabiles les confondre avec les vraies douleurs, et s'efforcer, par des manœuvres dangereuses, d'accélérer un travail qu'elles croient commencé alors que l'utérus est dans l'état de repos le plus parfait. On doit donc attacher une grande importance à bien établir, chez les femmes parvenues au terme de la gestation, le diagnostic des véritables douleurs de l'enfantement. Le toucher met alors sûrement à l'abri de toute erreur. Pendant les douleurs qui appartiennent à la parturition, on sent le globe utérin devenir plus solide; son col se tend et se raidit sous le doigt; les membranes fœtales forment une tumeur plus dure et plus saillante. A mesure que la douleur diminue, le relâchement succède à l'érection dans toutes les parties de la matrice, qui redevient ce qu'elle était avant de se contracter. Rien de semblable n'a lieu durant les fausses douleurs : elles laissent l'utérus inerte au milieu de leurs plus grandes violences; et, lorsqu'elles se manifestent, on doit se borner, pour les calmer, à l'emploi des moyens propres à faire cesser l'irritation qui les occasione. Il faut attacher d'autant plus d'importance à les combattre qu'il n'est pas rare, chez les femmes disposées à l'avortement, de les voir provoquer sympathiquement l'action de l'utérus, et entraîner l'exécution prématurée du travail de l'enfantement auquel elles étaient d'abord étrangères.

Les douleurs de la parturition ont été distinguées, à raison de leur siége, en douleurs abdominales et en douleurs lombaires ou des reins. Ce n'est pas sans raison que les femmes redoutent ces dernières, et les considèrent comme le signe d'un travail pénible et de longue durée. Elles se font sentir en effet à la région lombaire, et se perdent, soit dans l'intérieur de

cette partie, soit vers l'ombilic; un malaise insupportable et de violentes agitations les accompagnent; durant leurs intervalles, la femme reste dans un état général d'accablement et de souffrance aussi désagréable que la douleur même. Loin de désirer le renouvellement de ces douleurs et d'aider à leur effet, l'accouchée les redoute, s'efforce de les retenir, et se désespère en voyant le travail ne faire aucun progrès. Il semble que la matrice alors ne se contracte pas, et que la parturition ne puisse se terminer que quand les douleurs abdominales s'ajouteront aux autres; ce qui a fait dire que l'enfantement ne s'opère pas par des douleurs de reins, mais avec ces douleurs et malgré la complication qui en résulte.

Que les douleurs de la parturition soient dues aux contractions des parois utérines, et qu'elles aient leur siége dans ces parois, c'est ce dont il n'est presque plus permis de douter. On les voit en effet accompagner chaque effort exercé par la matrice, naître avec le travail, s'accroître en même temps que lui, et devenir d'autant plus intenses que les contractions sont elles-mêmes plus énergiques et plus durables. Quelques physiologistes ont attribué ces douleurs à la compression que les nerfs utérins éprouvent par le raccourcissement des fibres entre lesquels ils se ramifient; d'autres ont cru que le col de la matrice en était le siége exclusif, et qu'elles résultaient de la distension graduée de ses bords; il est enfin des accoucheurs qui ont accusé de les produire, la pression exercée par le fœtus sur la face interne de la matrice. La vérité ne se trouve sans doute dans aucune de ces opinions exclusives. Il est probable que les douleurs de la parturition dépendent, au début du travail, de la contraction utérine dont le tissu ne semble pas pouvoir entrer en action sans provoquer ce phénomène; qu'elles augmentent d'intensité à mesure que cette action devient plus forte, et qu'il s'y ajoute successivement, la distension du col utérin, la pression de la tête du fœtus sur cette partie, la dilatation du conduit vaginal, et les froissemens que ses parois éprouvent entre le crâne et les os du bassin, enfin l'extension quelquefois excessive des parties génitales externes. C'est à toutes ces causes qu'il faut rapporter les douleurs qui, d'abord légères, ont reçu le nom de mouches, et que plus tard on appelle préparantes. Vers la fin du travail, elles prennent la dénomination d'expulsives, ou de *conquassantes*, suivant l'expression barbare d'Astruc de plusieurs accoucheurs.

Il est facile de distinguer des autres les douleurs abdominales, celles qui sont le plus favorables à la parturition. Pendant qu'elles se manifestent, en effet, les femmes, au lieu de s'agiter, se cramponnent aux objets environnans, se raidissent, retiennent leur respiration, et poussent fortement comme pour

aller à la garde-robe. A peine la sensation qui les constitue ast-elle dissipée que le calme renaît, et que le sujet recouvre toute sa tranquillité. Dirigées d'abord de l'ombilic aux environs de la seconde pièce du sacrum, ces douleurs se propagensuite vers le coccyx et s'accompagnent alors de pesanteur au siége, et de ténesme, en même temps qu'elles provoquent les efforts les plus violens d'expulsion, et acquièrent un degré excessif d'intensité.

Après les douleurs qui appartiennent à la parturition, l'objet le plus important que l'accoucheur ait à étudier consiste dans la dilatation successive du col utérin. Ce phénomène commence quelquefois à être appréciable quinze à vingt jours avant l'invasion du travail, et il paraît que des efforts de la matrice, qui ne sont pas assez énergiques pour provoquer les douleurs, peuvent cependant imprimer un premier degré d'ouverture à l'orifice de cet organe. Deux causes contribuent puissamment à la dilatation du col utérin : la première est l'action des fibres qui vont s'y rendre de toutes parts, et qui, réfléchies sur le corps ovoïde que forment le fœtus ou ses membranes, agissent avec une grande force sur les lames circulaires qui le constituent. Dans les premiers temps du travail, le col se raidit lui-même avec force, et résiste à l'action qui tend à le dilater; mais enfin il cède graduellement; et, à mesure qu'il devient mince et souple, il s'agrandit avec plus de rapidité. Il faut, suivant la remarque des praticiens les plus habiles, un temps plus considérable et plus d'efforts pour dilater le col comme un petit écu que pour opérer tout le reste de son agrandissement. La seconde cause à laquelle est dû ce résultat, est l'action directe des membranes, et ensuite de la tête du fœtus contre les bords du col. Les premières, en effet, s'engagent comme le ferait un coin, et sont poussées à chaque contraction dans l'orifice qu'elles distendent directement en se frayant un passage. Au début du travail, la tête est trop volumineuse pour produire le même effet; mais, quand la dilatation est déjà avancée, sa forme et sa résistance sont éminemment propres à rendre son action puissante sur les parties qu'elle doit franchir.

Si l'orifice utérin et l'enfant sont bien situés, le col, en se dilatant, présente une ouverture arrondie, régulière, également souple dans tous ses points. Lorsqu'au contraire une obliquité existe, et qu'une portion de la circonférence de l'orifice est appuyée contre la partie correspondante du contour du bassin, cette portion se trouve gênée dans son mouvement, et l'ouverture du col est irrégulière. Elle présente une forme allongée toutes les fois que le fœtus, transversalement situé, écarte plus que les autres, du centre de la matrice, les fibres qui correspondent aux extrémités de l'ovoïde qu'il constitue.

Dans tous les cas où les seuls efforts de l'utérus doivent opérer la dilatation du col ; et, où ni la poche des eaux, ni quelque partie de l'enfant ne peut s'engager entre les lèvres de cette partie, le travail est très-long et très-pénible, ce qui atteste la nécessité de cette action directe du produit de la conception sur les parois de l'ouverture qu'il doit franchir.

Les parties génitales externes, que la mucosité lubrifie habituellement, sont, vers les derniers temps de la grossesse, et surtout pendant le travail de la parturition, inondées d'un liquide visqueux très-abondant, qui vient manifestement de l'intérieur de l'utérus, de son col et des parois du vagin. Il est inutile, pour expliquer ce phénomène, de recourir à l'hypothèse d'une filtration de la matière évacuée à travers les pores du col de la matrice. On s'en rend compte aisément par la loi commune des sécrétions qui augmentent d'activité sous l'influence de toutes les actions irritantes. Mais, si une excitation modérée et normale favorise la formation des glaires destinées à rendre les parois du vagin plus souples, plus dilatables et moins susceptibles d'être offensées par le passage de la tête du fœtus, la stimulation trop forte des parties génitales suffit pour arrêter cette sécrétion et pour rendre l'accouchement *sec*, ainsi que le disent les auteurs. Du sang se mêle ordinairement à ces glaires. Il dépend ou de la violence de l'exhalation qui se rapproche du degré de l'hémorragie, ou, ce qui est le plus ordinaire, de la rupture et du décollement de quelques petits vaisseaux du chorion et du placenta. Les femmes considèrent la teinte rouge des glaires vaginales comme le signe d'une prochaine délivrance ; mais le praticien ne doit pas toujours partager cette opinion, et son pronostic a besoin d'être fondé sur d'autres phénomènes. En effet, la présence du sang dans les mucosités vaginales n'atteste que la rupture des vaisseaux qui le fournissent, et cette rupture peut avoir lieu plus tôt ou plus tard, suivant les sujets. Quelquefois elle se manifeste plusieurs jours avant le début du travail, et, dans d'autres circonstances, on ne l'observe que lorsqu'il est près de finir. Jamais les femmes ne *marquent* autant que quand la parturition se déclare tout à coup, que les parties se dilatent rapidement, et que le placenta occupe les environs du col de la matrice.

Les accoucheurs donnent le nom de *poche des eaux* à la saillie formée par les membranes fœtales à travers l'orifice de l'utérus. Lorsque la dilatation commence à s'opérer, le liquide amniotique, pressé de toutes parts, tend à s'échapper entre les lèvres du col, et pousse devant lui les membranes qui le renferment. Celles-ci s'appliquent d'abord contre la partie supérieure de l'orifice, puis s'y engagent, parviennent au niveau de sa face vaginale, et forment enfin une tumeur

plus ou moins considérable, qui descend plus ou moins bas dans le vagin, et parvient quelquefois jusqu'à la vulve. Cette tumeur présente à sa base la forme de l'orifice de l'utérus. Comme lui elle est, ou arrondie, ou allongée, soit transversalement, soit d'avant en arrière, soit dans des directions obliques. Suivant que ses parois sont denses et solides, ou molles et ténues, elle présente une surface légèrement convexe ou hémisphérique, ou même une saillie allongée comme une sorte d'intestin. Quelques personnes attribuent cette dernière forme à la sortie d'un bras ou d'une jambe du fœtus ; mais l'expérience démontre que très-souvent elle est indépendante de cette circonstance. A chaque contraction de la matrice, la poche des eaux se tend, fait plus de saillie, et présente plus de volume au toucher; elle remonte au contraire, devient flasque, et disparaît presque entièrement durant les intervalles de repos de l'organe. A mesure que le travail fait des progrès, le col se dilatant et se rapprochant du fond de la matrice, en même temps que les membranes se portent en bas et tendent à s'échapper par le vagin, les adhérences de l'œuf se détruisent graduellement, en commençant par les parties les plus voisines de l'orifice utérin. Il peut arriver, de cette manière, que la parturition s'accomplisse, les membranes restant entières, et le produit de la conception sortant en bloc, et avec le placenta, de la cavité qui le renfermait; espèce d'accouchement qui est accompagné de grands dangers, et que l'homme de l'art doit s'efforcer de prévenir en ouvrant en temps opportun la cavité de l'amnios.

Incessamment poussée en bas et distendue par le liquide que l'utérus, en se contractant, chasse de sa cavité, la poche des eaux finit par s'affaiblir et se rompre. L'époque de cette rupture est variable : quelquefois elle a lieu avant le travail, ou à son début ; dans d'autres circonstances, on ne l'observe que lorsque la sortie du fœtus est prochaine ; chez un petit nombre de sujets enfin, les membranes résistant avec efficacité à la force qui tend à les rompre, la parturition pourrait se terminer sans que les eaux parvinssent à s'écouler. Toutefois on dit que la poche des eaux est bien formée quand elle déborde l'orifice, et que le col présente une dilatation égale à une pièce de cinq francs. Si alors les douleurs se succèdent avec régularité, et que les membranes aient une densité ordinaire, il est rare que leur déchirure tarde à s'opérer. La rupture ne se fait pas toujours alors dans le même point, et ses résultats présentent plusieurs variétés. Ainsi, lorsqu'au milieu du travail, et pendant une violente douleur, la poche des eaux s'entr'ouvre à son centre, le liquide s'écoule tout à coup et avec force. La matrice, subitement soulagée, reste un ins-

tant inactive ; mais bientôt elle s'applique au fœtus, se trouve excitée par lui et se livre à des contractions plus fortes et plus prolongées qu'auparavant. La sortie des eaux est moins facile et moins rapide lorsque l'ouverture de la poche est petite, et que la tête du fœtus ferme l'orifice utérin. Dans ce cas, la tête fait quelquefois l'office de tampon, et les eaux retenues en partie derrière elle ne sortent avec violence qu'après l'entière expulsion de l'enfant. Mais, le plus ordinairement, on voit à chaque contraction la matrice pousser d'abord en bas une portion de l'eau interposée entre ses parois et le corps du fœtus, de manière à n'opérer que lentement et en un plus ou moins grand nombre de fois l'évacuation complète du liquide. Le travail de la parturition se trouve alors retardé, d'abord parce qu'une partie des efforts de l'utérus est consumée en pure perte sur les eaux au lieu d'agir sur le fœtus, ensuite parce que cet organe, un peu désempli à chaque fois, se trouve subitement calmé de manière à faire en quelque sorte avorter la contraction. L'accouchement ne reprend sa marche, dans ces occasions, qu'après la sortie totale du liquide, que l'on est, dans certains cas, obligé de hâter en soulevant avec les doigts la tête du fœtus, et en l'éloignant, comme le conseille Puzos, des bords du col utérin.

Lorsque la poche des eaux se rompt vers le contour de l'orifice ou au-dessus de lui, l'évacuation qui en résulte est peu considérable ; souvent même il reste assez d'eaux pour que leur poche se ferme et se durcisse à chaque contraction. Elles ne sortent alors que quand la tête, en descendant, les force de refluer vers la crevasse. Ce phénomène indique toujours que les membranes sont trop denses au sommet de la tumeur ; et, lorsqu'une seconde rupture tarde trop à s'y opérer, il est ordinairement nécessaire de les déchirer largement à cet endroit. Dans tous les cas où l'ouverture de la poche est trop étroite, le fœtus peut entraîner avec lui les membranes dont sa tête est encore en partie couverte. Le vulgaire dit des enfans sur lesquels on observe cette disposition qu'ils sont *nés coiffés*, et il en tire le présage d'un heureux avenir pour eux ; ce qui est certain, c'est que cette espèce d'accouchement est ordinairement défavorable à la mère, et qu'il faut s'efforcer de le prévenir.

Après avoir examiné en particulier les quatre phénomènes principaux qui accompagnent le travail de la parturition, et avoir signalé leurs causes, leur mécanisme, ainsi que les variétés qu'ils sont susceptibles de présenter, il convient de décrire d'une manière générale la marche et les progrès de cette importante fonction. Le plus grand nombre des accoucheurs ont divisé sa durée en quatre temps ou périodes que caracté-

risent les changemens successivement opérés dans les parties génitales, et les situations plus ou moins basses de la tête du fœtus.

Premier temps : Préparation du travail. A la fin de la grossesse, c'est-à-dire, dix, quinze ou vingt jours avant la parturition, la matrice s'abaisse tout à coup, le ventre tombe, la région épigastrique, débarrassée, laisse les mouvemens respiratoires plus libres et plus faciles ; la digestion devient moins laborieuse ; la femme se sent comme soulagée d'un grand poids. Assez souvent les craintes qu'elle éprouvait pendant la gestation se dissipent et font place à la plus grande confiance et au plus plus doux espoir. Cependant le vagin devient plus humide, des mucosités visqueuses lubrifient et ramollissent ses parois ; un sentiment de pesanteur vers le fond du bassin et à la vulve s'ajoute à ces phénomènes ; des envies fréquentes d'uriner résultent de la compression de la vessie ; les symphyses pelviennes sont manifestement relâchées. Si l'on touche alors la femme, on sent que la tête, enveloppée du col aminci et allongé de l'utérus, est engagée dans le détroit abdominal et quelquefois dans l'excavation du bassin. La matrice est le siége de contractions rares, légères, qui ne développent aucune douleur, et pendant lesquelles un état général d'engourdissement se manifeste dans ce viscère.

Deuxième temps : Début du travail ; dilatation du col de la matrice. Quelque temps après, les contractions utérines, reconnaissables aux signes indiqués plus haut, se développent graduellement, deviennent plus intenses, plus longues, plus douloureuses. Bientôt elles se répètent si fréquemment que l'on ne peut plus conserver de doute sur le début du travail. Quelquefois, alarmée par l'invasion des premiers accidens, la femme a besoin alors d'être rassurée surtout dans une première parturition. Dans tous les cas, ses craintes se dissipent à mesure que le travail fait des progrès. Chaque douleur s'annonce par une sorte de frémissement intérieur, ou par un frisson général, ordinairement proportionnés à la violence de la contraction utérine qui va suivre. Le pouls, pendant l'effort, devient dur et fréquent ; la chaleur et la coloration de la peau augmentent, le visage s'injecte, le corps entier se raidit, et quelquefois se couvre de sueur. Il n'est pas rare de voir des vomissemens survenir : ils sont provoqués, moins par l'action mécanique du diaphragme et des muscles abdominaux sur l'estomac, que par l'irritation sympathique de ce viscère. La patiente éprouve graduellement de la sécheresse aux lèvres, à la langue, au palais, et une soif vive la tourmente. A mesure que les douleurs se multiplient, le col perd de sa résistance et se dilate. Le doigt, porté dans le vagin,

sent, à chaque contraction, le col de la matrice se tendre et se durcir, les membranes s'y engager graduellement, et former une tumeur rénitente, qui plonge dans le bassin et abaisse l'orifice; en même temps que la tête et le corps du fœtus, chassés par les eaux, s'éloignent et semblent remonter dans la cavité du viscère. Ces phénomènes disparaissent à chaque rémission des douleurs; alors la tête de l'enfant retombe sur le col, qui reste plus dilaté qu'il ne l'était avant, et qui s'efface de plus en plus. La partie supérieure du vagin le suit dans son ampliation, de telle sorte que la cavité utérine se confond bientôt immédiatement avec le conduit vaginal.

Troisième temps : Rupture de la poche des eaux ; passage de la tête dans l'excavation utérine. Privée de soutien, à mesure qu'elle fait plus de saillie et que le col se retire, la poche des eaux est enfin rompue, et le liquide qu'elle renferme s'écoule avec plus de force et de rapidité. Au moment de relâche provoqué par cette évacuation, succèdent des contractions plus violentes et plus rapprochées. Le travail est alors dans toute sa force. A chaque douleur, la tête de l'enfant s'engage dans l'orifice, puis remonte, durant les intervalles de repos, dans la cavité utérine. Il arrive enfin une époque où elle reste engagée ; alors la lèvre postérieure, et successivement les parties latérales du col remontent et cessent de pouvoir être atteintes par le doigt. La lèvre antérieure disparaît la dernière, et l'on dit que la tête est au couronnement lorsqu'elle seule est encore susceptible d'être touchée. La tête reste quelquefois très-long-temps dans cette situation, où elle semble à chaque douleur être prête à franchir l'orifice, et il est convenable, chez certaines femmes, d'abréger cette partie du travail en repoussant en haut le col de l'utérus avec le doigt promené sur son contour, en même temps que l'utérus porte la tête en bas. On ne doit pas oublier toutefois que cette manœuvre, conseillée par Stein, et approuvée par Gardien, doit être exécutée avec une grande douceur, et qu'elle pourrait entraîner des inconvéniens si l'on allait jusqu'à froisser ou contondre les parties. A cette époque les douleurs sont très-vives ; elles présentent des intermissions plus marquées que précédemment, et pendant lesquelles il n'est pas rare de voir les femmes se livrer à un doux repos que le renouvellement des contractions vient interrompre. Assez souvent les douleurs alternent de telle sorte qu'une longue et violente est suivie d'une courte et faible, et réciproquement.

La tête a cependant franchi enfin l'orifice effacé de l'utérus ; elle occupe le vagin, qui s'est à la fois élargi et allongé pour la recevoir, et dont les rides ont entièrement disparu. Au moment où la tête parvient dans l'excavation, la femme éprouve,

à la partie interne des cuisses, des douleurs produites par la distension des nerfs du plexus crural. Si la concavité du sacrum est peu marquée, les nerfs sacrés se trouvent ensuite comprimés, et il en résulte, dans les muscles où ils se distribuent, des crampes, des tremblemens et un état de torpeur souvent plus difficiles à supporter que les douleurs utérines elles-mêmes. Ordinairement un seul membre est le siége de cet accident, parce que la tête comprime presque toujours un côté du bassin plus que l'autre. Enfin un besoin irrésistible, quoique le plus souvent factice, d'aller à la garde-robe résulte de la compression du rectum. Chez certaines femmes les matières fécales et l'urine sortent involontairement.

Quatrième temps: Sortie du fœtus. L'instant où ce besoin de rendre les excrémens se manifeste, est aussi celui où les parties génitales externes commencent à être portées en avant par la tête. Il faut détourner les femmes de se déplacer alors pour se mettre sur leur chaise, parce qu'elles pourraient accoucher dans ce moment, et s'exposeraient à de grands dangers. Elles doivent au contraire continuer à pousser avec énergie et à hâter la fin du travail. C'est à cet instant que le trouble général devient considérable : souvent des ecchymoses résulteut de la rupture des vaisseaux du derme dans lesquels le sang est retenu avec force; une sorte de délire se manifeste à la suite de la congestion cérébrale qui s'opère ; les efforts deviennent à la fois très-violens et très-rapprochés. Pendant ce temps, les parties génitales externes se dilatent, elles se moulent sur la tête du fœtus, qui, à chaque contraction, descend davantage et paraît dans une plus grande étendue au dehors. Il faut en ce moment soutenir ces parties, favoriser leur ampliation, ramener vers la vulve la peau des fesses, et tout employer pour prévenir la rupture du périnée. Enfin la tête, qui a paru long-temps prête à sortir, et qui, à la fin de chaque contraction, était obligée de remonter par l'élasticité des parties génitales externes ; la tête, disons-nous, franchit enfin la vulve, au milieu d'une longue et violente contraction et en occasionant une douleur des plus vives. La femme pousse alors un cri aigu et déchirant qui pénètre l'âme ; puis elle se sent subitement soulagée. Un second effort suffit presque toujours pour faire sortir les épaules, et le reste du tronc suit sans difficulté. Quelques minutes s'écoulent à peine durant cette dernière partie du travail, et elle n'est pas plutôt terminée, que la femme éprouve le calme le plus complet, et que, renaissant en quelque sorte à la vie et au bonheur, elle oublie et l'état d'angoisse d'où elle sort, et toutes les douleurs qu'elle a éprouvées.

La parturition est alors presque entièrement terminée : la matrice, pour l'achever, n'a plus qu'à opérer, en se rétrac-

tant, le décollement du placenta que quelques douleurs suffisent ensuite pour porter à l'extérieur; ce qui constitue la DÉLIVRANCE.

Le praticien n'aurait de la parturition qu'une idée incomplète et superficielle, si, borné à la connaissance des phénomènes extérieurs de cette fonction, il ignorait le mécanisme suivant lequel s'opèrent les diverses évolutions du fœtus, et les mouvemens successifs que lui impriment les anfractuosités du passage qu'il est obligé de traverser. L'étude de ce mécanisme doit être considérée comme la base de l'art des accouchemens, et l'on ne saurait attacher trop d'importauce à l'approfondir.

Afin d'atteindre ce but, il faut, d'une part, se rappeler l'étendue des nombreux diamètres et la hauteur des parois du bassin; de l'autre, connaître exactement les dimensions de la tête et des autres parties du corps de l'enfant. Ces données sont indispensables pour déterminer dans quelle situation du fœtus, et à quel degré de rétrécissement des détroits pelviens la parturition est possible, et quelles manœuvres sont le plus propres à mettre les petits diamètres du premier en rapport avec ceux de l'anneau qu'il doit franchir. Les diamètres pelviens sont décrits à l'article BASSIN; il ne nous reste qu'à indiquer ceux du produit de la conception.

Replié sur lui-même dans la matrice, le fœtus présente la forme d'un corps olivaire auquel on peut considérer deux extrémités et une circonférence. L'extrémité encéphalique est la plus grosse, la plus solide, celle dont l'issue présente le plus de difficultés, et dont il importe, par conséquent, le plus de bien constater les proportions. La tête, qui la forme, a elle-même une figure irrégulièrement ovoïde : on y distingue trois extrémités, cinq régions, trois circonférences et sept diamètres.

A. *Extrémités :* La première, supérieure et postérieure, est appelée occipitale; la seconde, antérieure et inférieure, est formée par le menton; la troisième est supérieure et antérieure; c'est le front.

B. *Régions :* Des cinq régions de la tête, deux forment la voûte et la base du crâne; la troisième comprend la face; et les deux dernières sont constituées par les parties latérales ou régions temporo-auriculaires.

C. *Circonférences :* La première, et la plus étendue, se mesure en suivant la ligne médiane du crâne, de la face et de la base de la tête; la seconde, ou moyenne, suit la direction d'une ligne qui, partant de la protubérance occipitale, se porterait horizontalement de chaque côté, à la racine du nez, en passant au-dessous des bosses pariétales; la troisième, qui est la plus petite, se mesure de la base du crâne; en remontant

de chaque côté vers la suture sagittale, elle coupe les deux autres à angle droit, et forme des cercles successivement croissans depuis l'occiput jusqu'au front.

D. *Diamètres*. Ils sont : 1°. le diamètre *occipito-mentonnier*, appelé aussi *diamètre oblique ;* on le mesure de la symphyse du menton au centre de la bosse occipitale : il a cinq pouces environ d'étendue ;

2°. Le diamètre *occipito-frontal*, que l'on désigne quelquefois sous le nom de *grand diamètre*, ou de *diamètre longitudinal ;* mesuré du front à l'occiput, il a quatre pouces trois à six lignes ;

3°. Le diamètre *cervico-bregmatique ;* il s'étend de la partie postérieure du col au centre de la fontanelle frontale, et a quatre pouces six lignes de longueur ;

4°. Le diamètre *trachélo-bregmatique*, ou *diamètre perpendiculaire*, se mesure du devant du cou à la fontanelle antérieure ; il a trois pouces six à neuf lignes d'étendue ;

5°. Le diamètre *bi-pariétal*, ou *diamètre transverse*, ou *petit diamètre*: mesuré d'une tubérosité pariétale à l'autre, il a trois pouces quatre ou six lignes de longueur ;

6°. Le diamètre *auriculaire*, ou *diamètre fixe*, qui s'étend de la base de la portion écailleuse du temporal d'un côté, à la même partie du côté opposé, a trois pouces environ d'étendue ; toujours il diffère en moins du précédent de quatre à cinq lignes ;

7°. Le diamètre *fronto-mentonnier ;* il mesure la hauteur verticale de la face, et a environ trois pouces et demi.

Baudelocque ne fait mention ni de l'extrémité frontale de la tête, ni des diamètres indiqués ici sous les numéros 3, 6 et 7. Cependant les diverses présentations de la tête rendent souvent nécessaires la connaissance exacte de leur étendue : enfin les diamètres occipito-frontal, bi-pariétal, et perpendiculaire, sont quelquefois désignés sous les noms spéciaux de grand, de moyen et de petit axe de la tête.

Lorsqu'en traversant la filière du bassin, la tête s'allonge, c'est toujours selon son diamètre oblique ; mais elle ne peut éprouver cette altération dans sa forme sans que son diamètre transverse, et quelquefois son diamètre vertical ne soient diminués. Ces changemens ont des bornes qui varient suivant les sujets, et qui sont en rapport avec le degré de solidité des os du crâne et la largeur des intervalles qu'ils laissent entre eux. Thouret a cherché à fixer jusqu'à quel point la compression du crâne peut être utile pour favoriser l'accouchement. Remarquant à ce sujet que la base de cette partie du crâne est incompressible, il a pensé que l'on ne doit chercher à déprimer, d'un côté à l'autre, les bosses pariétales que de quatre à six lignes, dé-

pression après laquelle elles sont séparées par un intervalle égal au diamètre auriculaire. Une compression portée plus loin serait en effet en pure perte, puisqu'elle n'influerait en rien sur la largeur de la base du crâne. Au reste, les effets de l'allongement de la tête sur les enfans sont très-variables. Chez quelques-uns, le diamètre oblique peut augmenter de six à à huit lignes aux dépens des autres sans que les fonctions du cerveau en soient notablement dérangées; tandis que, chez plusieurs, une mutation moins considérable ne pourra s'opérer sans difficulté et sans occasioner les plus graves accidens. Plus la tête est molle, plus sa compression est facile et exempte de dangers : il semble que, moins l'organisation du cerveau est avancée, mieux il supporte les actions qui tendent à changer sa forme.

C'est au moyen des SUTURES et des FONTANELLES que présente la tête du fœtus, que l'accoucheur reconnaît, par le toucher, les diverses situations du crâne. Il est à remarquer qu'avant la naissance, les intervalles membraneux qui séparent les os de cette partie ne sont pas, comme chez l'enfant, le siége de mouvemens sensibles, correspondans aux contractions des ventricules du cœur. Les fontanelles, même l'antérieure, sont immobiles; il ne faudrait donc pas conclure, de l'absence de leurs pulsations, que le fœtus a cessé de vivre. Un autre point sur lequel il convient de fixer l'attention de l'accoucheur, est que l'articulation de la tête avec le rachis, quoique permettant des mouvemens plus étendus chez le fœtus que chez l'adulte, ne supporterait pas cependant sans danger une rotation portée au-delà d'un quart de cercle. Ainsi le menton, par exemple, peut bien être dirigé sans inconvéniens du milieu de la poitrine jusque sur l'une ou l'autre épaule; mais la vie serait menacée si l'on dépassait cette limite.

Les dimensions de la partie moyenne et de l'extrémité pelvienne du fœtus sont beaucoup plus variables, et n'ont pas autant besoin, que celles de la tête, d'être très-exactement déterminées. Il est rare qu'elles forment des obstacles sérieux à la parturition. En prenant pour exemple un fœtus à terme, du poids de dix livres, on observe que sa longueur totale est de dix-huit pouces. Du sommet de la tête à l'ombilic, il y a dix pouces quatre lignes, et du sommet aux pubis, onze pouces neuf lignes. Le diamètre acromial, ou transversal, mesuré du sommet d'une épaule à l'autre, est de quatre pouces six lignes; la pression des branches du mécomètre peut le réduire à trois pouces six lignes. L'épaisseur du thorax, ou diamètre dorso-sternal, est d'environ deux pouces six lignes. D'une crête iliaque à l'autre il y a trois pouces, et les tro-

chanters sont séparés par un intervalle de trois pouces trois lignes.

La parturition ne saurait librement s'opérer sans la réunion d'un certain nombre de circonstances que l'on peut réduire aux suivantes : 1°. Du côté de la mère, il importe que le bassin ait une bonne conformation, et qu'il ne soit ni trop large, ni trop étroit dans aucune de ses parties : la matrice convenablement située doit se contracter avec assez de force et de fréquence pour faire avancer graduellement le travail ; le col utérin, ainsi que les autres parties molles de l'appareil génital, doivent avoir assez de souplesse et de laxité pour se prêter à la dilatation qu'exige le passage du fœtus ; enfin il est nécessaire que la femme soit pourvue de forces suffisantes pour seconder efficacement les efforts de l'utérus ; 2°. du côté de l'enfant, il faut que, renfermé dans la matrice, il ait une conformation régulière, et un volume proportionné à l'ampleur des parties qu'il doit traverser ; il est indispensable surtout qu'il se présente dans une situation convenable aux ouvertures destinées à lui livrer passage.

Il est évident que le fœtus ayant la forme d'un corps ovoïde, la parturition ne pourra s'opérer qu'autant que l'une de ses extrémités tendra à s'engager dans le canal qu'il doit parcourir. On donne le nom générique de *positions* aux situations que peut affecter le fœtus durant le travail.

Depuis Solayres et Baudelocque, la plupart des écrivains qui ont traité des accouchemens semblent s'être servilement copiés, et avoir fondé leurs divisions de ces situations en genres et en espèces plutôt d'après des spéculations théoriques qu'en prenant pour guide l'observation de la nature. Ainsi, non-seulement les quatre-vingt-treize positions du fœtus admises par le second des auteurs que nous venons de citer, ont été conservées par ses successeurs, mais leur nombre a été porté à quatre-vingt-seize, qui sont réparties ainsi qu'il suit : Tête, vingt-quatre, dont huit pour le sommet, et quatre pour chacune des autres régions telles que la face, la nuque et les oreilles ; extrémités inférieures du fœtus, douze, dont quatre pour les fesses, et autant pour les genoux et les pieds ; enfin soixante pour le tronc, dont seize pour les régions antérieures, telles que le cou, la poitrine, le ventre et le devant des cuisses ; douze pour les régions postérieures, comprenant le derrière du cou, le dos et les lombes ; et trente-deux pour les régions latérales, qui sont le côté du cou, l'épaule, le flanc et la hanche.

Madame Lachapelle, qu'une longue expérience et une habileté remarquable avait rendue si digne de prononcer en pareille matière, pensait qu'il fallait réduire de beaucoup ce

tableau, et que la pratique n'offrait guère que vingt-deux à vingt-quatre positions bien déterminées et bien franches du fœtus. Dans plus de quarante mille accouchemens naturels ou artificiels opérés, soit par elle-même, soit sous sa direction, elle n'avait jamais rencontré, au moins sur des enfans à terme, ni la nuque, ni la surface antérieure du tronc, ni les lombes, ni les oreilles, etc. Mais, de ce que certaines situations ne se sont pas présentées à un observateur, il n'en résulte pas d'abord nécessairement qu'elles soient impossibles, et ensuite il vaut mieux décrire et faire manœuvrer à l'élève des positions qu'il ne rencontrera peut-être jamais, que d'omettre l'indication de ce qu'il doit faire dans des cas qui pourront inopinément s'offrir à lui. Ainsi, plusieurs des positions que madame Lachapelle n'avait pas observées, ont été reconnues par madame Boivin. Il faut donc conserver le plan de Baudelocque, mais en signalant, parmi les cas décrits par lui, ceux qui sont fréquens, ceux qui sont plus rares, et ceux enfin qui n'ont pu encore être ni rencontrés, ni bien constatés. L'élève ainsi sera prémuni contre toutes les circonstances possibles, et l'on n'aura pas hasardé de laisser son instruction incomplète, en cédant au désir d'opérer une réforme dont l'utilité est très-problématique dans l'exposition des principes de l'art.

Suivant les relevés de madame Boivin, sur vingt mille cinq cent dix-sept accouchemens opérés à l'hospice de la Maternité, on a observé les proportions suivantes dans les situations variées du fœtus : présentations de la tête, dix-neuf mille huit cent dix ; des épaules, quatre-vingts ; des flancs, trois ; de la hanche, cinq; du dos, trois; des lombes, deux; du ventre, trois; des fesses, trois cent soixante-treize; des genoux, quatre; des pieds, deux cent trente-quatre. D'après un autre calcul présenté par madame Lachapelle, sur quinze mille six cent cinquante-deux enfans, quatorze mille six cent soixante-dix-sept ont présenté le vertex; soixante-douze, la face; soixante-huit, l'une ou l'autre épaule; trois cent quarante-neuf, les fesses; deux cent trente-cinq, les pieds; deux, les genoux: d'où il résulte que les positions du sommet ont formé environ les 15/16 de la totalité; celles de la face, la deux cent dix-septième partie; celles des épaules, la deux cent trentième; celles des fesses, la quarante-quatrième; celles des pieds, la soixante-sixième, et celles des genoux, la sept mille huit cent vingt-sixième. Ces proportions, dont la connaissance nous semble jeter un grand jour sur la théorie et la pratique des accouchemens, diffèrent peu de celles que donnent les tableaux de madame Boivin et les relevés de Merriman, Blaud et Bœr, qui se sont livrés à des calculs du même genre.

Nous avons fait connaître celles de ces positions qui, étant incompatibles avec l'exécution spontanée de la parturition, rendent indispensables les secours de l'art. Les autres, qui se réduisent aux positions du sommet de la tête, des pieds, des genoux et des fesses, doivent seules être comprises dans cet article.

Art. premier. *Position du vertex.* Lorsque le sommet de la tête se présente le premier, la protubérance occipitale peut correspondre à tous les points de la circonférence du détroit du bassin; mais l'expérience apprend que de ces situations plusieurs sont plus fréquentes que d'autres, et il en est qui semblent presque incompatibles avec la forme des parties. Ainsi, quoi qu'en ait dit Baudelocque, il est à peu près impossible que l'occiput s'arrête positivement sur l'angle sacro-vertébral, qui, présentant une éminence arrondie, doit le faire glisser vers l'une ou l'autre des symphyses placées à ses côtés; par la même raison, le front ne demeure jamais dans cette situation, qui placerait la protubérance occipitale directement derrière la jointure interpubienne. Les positions réelles du sommet se réduisent donc à six dans la pratique, au lieu de huit que l'on décrit dans les cours. Ces positions, au lieu d'être classées, comme on l'a fait jusqu'à présent sous les titres de première, seconde, troisième, etc., doivent être désignées d'après les points du bassin auxquels correspond l'occiput, de telle sorte que le nom lui-même en donne une idée exacte. Il faut donc les appeler ainsi qu'il suit: 1°. occipito-cotyloïdienne gauche; 2°. occipito-cotyloïdienne droite; 3°. occipito-sacro-iliaque droite; 4°. occipito-sacro-iliaque gauche; 5°. occipito-iliaque gauche; et 6°. occipito-iliaque droite. A ces positions franches ou cardinales se rattachent les positions mixtes ou intermédiaires, et les deux positions occipito-pubienne et occipito-sacrée qu'il convient de ne citer que pour mémoire. Cette nomenclature est d'autant plus nécessaire, que les accoucheurs n'ayant pas toujours décrit les positions dans le même ordre, il en résulte une confusion qui rend laborieuse la lecture de leurs ouvrages. La fréquence relative des diverses situations du sommet de la tête est telle, que, sur quatorze mille six cent soixante-dix-sept présentations de cette partie, madame Lachapelle reconnut entre elles les proportions suivantes: occipito-cotyloïdiennes gauches, onze mille six cent trente-quatre; occipito-cotyloïdiennes droites, deux mille huit cent cinquante-trois; occipito-sacro-iliaques droites, cent douze; occipito-sacro-iliaques gauches, soixante-dix-huit. On ne trouve dans ce nombre aucune des positions iliaques ou transversales, qui cependant ne sont pas très-rares: elles se rapprochaient sans

doute trop des quatre groupes désignés pour n'y pas être réunies. D'après le relevé de madame Boivin, sur dix-neuf mille cinq cent quatre-vingt-six présentations du sommet, on observa les rapports suivans : position occipito-cotyloïdienne gauche, quinze mille six cent quatre-vingt-treize ; occipito-cotyloïdienne droite, trois mille quatre-vingt-deux ; occipito-sacro-iliaque droite, cent neuf; occipito-sacro-iliaque gauche, quatre-vingt-douze; occipito-iliaque gauche, deux; occipito-pubienne, six; et occipito-sacrée, deux. Il résulte de ces faits que le rapport entre les positions occipito-cotyloïdiennes gauches et occipito-cotyloïdiennes droites est à peu près :: 4,25 : 1 ; proportion qui coïncide parfaitement avec celle que Baudelocque a indiquée, et dont la pratique de l'établissement de Wurtzbourg constate encore l'exactitude. F. C. Nægele, de Heidelberg, a cependant trouvé la position occipito-sacro-iliaque droite, plus fréquemment que celle dans laquelle l'occiput correspond à la cavité cotyloïde droite ; mais ce résultat, comparé à tous les autres, doit être considéré comme une anomalie, jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient confirmé les observations sur lesquelles l'auteur se fonde pour l'établir, et dont il sera question plus bas.

La première des positions dont nous venons de parler est tellement fréquente, qu'on peut la considérer comme caractérisant la parturition normale proprement dite : elle nous servira en quelque sorte de type pour l'explication du mécanisme de tous les cas où la tête se présente; et, après l'avoir décrite, nous ne ferons qu'indiquer les modifications que les autres situations entraînent dans la marche et les progrès du travail.

1°. *Position occipito-cotyloïdienne gauche.* Diverses causes tendent à donner au fœtus une telle situation, que sa tête se présente dans la position qui nous occupe, et qui est incontestablement la plus favorable de toutes. Ainsi, la direction déclive du détroit supérieur du bassin, la situation et la manière d'agir des muscles psoas durant la station et la progression de la femme, et la saillie de l'angle sacro-vertébral, sont autant de circonstances qui tendent à donner à la tête du fœtus une inclinaison diagonale. Il n'est pas également facile d'expliquer pourquoi celle de ces inclinaisons dans lesquelles l'occiput est dirigé en avant et à gauche, se présente aussi souvent qu'on l'observe dans la pratique ; car l'inclinaison de l'utérus en avant et à droite, soit qu'elle dépende de la présence à gauche du rectum et de la portion descendante du colon, soit que la force prépondérante du ligament rond du côté droit la produise, ne doit influer en rien sur la surface que le fœtus offre antérieurement ou postérieurement. On

pourrait cependant admettre que, la surface dorsale de l'enfant étant la plus solide et la plus pesante, la même force qui porte la tête en bas, doit aussi diriger les fesses, les lombes et le dos vers la paroi antérieure droite de l'utérus, qui est beaucoup plus déclive que la postérieure. Quoi qu'il en soit de cette cause, la situation dont il s'agit présente de grands avantages. Ainsi, placée derrière les muscles abdominaux, la face dorsale du fœtus résiste plus efficacement que ne le pourraient faire les membres repliés sur le plan antérieur du tronc, aux coups, aux chutes, aux percussions violentes, qui, sans cette disposition, seraient si souvent funestes vers les derniers temps de la gestation, où le liquide amniotique n'existe plus qu'en petite quantité. Durant la parturition, le dos du fœtus étant placé en avant, les contractions des muscles de l'abdomen et de l'utérus agissent sur lui avec plus d'efficacité que s'il affectait une situation contraire. L'axe du corps de l'enfant coïncide alors d'ailleurs exactement avec l'axe de la matrice et celui du détroit supérieur du bassin; ce qui rend son passage plus prompt et plus facile. Enfin, l'occiput étant placé au voisinage de l'arcade du pubis qu'il doit franchir, il n'a que peu de chemin à parcourir pour se dégager, et les plans inclinés des parois ischiatiques et sous-pubiennes du bassin favorisent encore sa marche. On ne saurait trop admirer, dans ce cas, combien les lois et l'organisme sont admirablement coordonnés pour assurer l'heureuse issue d'une fonction à laquelle est attachée la conservation des individus et la propagation de l'espèce.

La tête, obliquement située relativement au diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal du bassin, ne s'y engage pas par l'occiput, ainsi qu'on l'a écrit, mais bien par le vertex. Les deux fontanelles, dont la postérieure correspond à la cavité cotyloïde gauche, sont d'abord à la même hauteur. Mais à mesure que les contractions utérines, après avoir pressé toutes les parties du fœtus les unes contre les autres, poussent la tête en bas, le menton se rapproche du thorax, l'occiput s'abaisse, se rapproche du centre du détroit et s'y plonge graduellement. Jusque là, l'orifice, encore peu dilaté, n'avait permis de sentir que la partie moyenne de la suture sagittale, les deux fontanelles étaient restées couvertes, et le praticien ne pouvait reconnaître laquelle des positions occipito-cotyloïdienne gauche, ou occipito-sacro-iliaque droite la tête affectait. Le diagnostic ne peut être établi avec certitude que quand la tête, en descendant, permet au doigt d'arriver aux fontanelles. Alors on observe, dans le cas qui nous occupe, que la fontanelle postérieure ou occipital est plus basse que l'autre; que le diamètre occipito-mentonnier de la tête est presque parallèle

à l'axe du détroit, enfin que les diamètres occipito-bregmatique et bi-pariétal correspondent aux deux diamètres obliques du rebord supérieur de la cavité pelvienne. Mais la tête présente encore une obliquité très-remarquable et qui consiste en ce que l'une des bosses pariétales s'engage plutôt que l'autre dans l'excavation. Nœgele, qui a très-attentivement observé ce mécanisme, établit que, dans la position occipito-cotyloïdienne gauche de la tête, c'est la bosse pariétale droite, placée derrière les pubis, qui descend la première et se loge d'abord dans le bassin. Cette opinion nous semble justifiée d'ailleurs par l'inclinaison antérieure du détroit abdominal. Au moyen de l'introduction successive des deux extrémités du diamètre bi-pariétal, la tête du fœtus pourrait s'engager dans la cavité pelvienne alors même qu'elle aurait transversalement un volume supérieur à l'étendue du diamètre oblique qu'elle doit traverser; circonstance qui explique comment la base du crâne, quoique incompressible, peut encore sortir, après l'évacuation du cerveau, à travers un bassin dont le détroit supérieur a moins de quatre pouces.

Il résulte de ces considérations que, si l'on pratique le toucher à l'instant où la tête est engagée dans le détroit abdominal, on remarque les objets suivans : la suture sagittale est dirigée de bas en haut, de gauche à droite et d'avant en arrière; en avant, à gauche et en bas est placée la fontanelle occipitale; en arrière, en haut et à droite, la fontanelle frontale se fait sentir; la suture sagittale ne coupe pas l'orifice utérin en deux parties égales; mais elle est inclinée en arrière, et laisse toucher en avant, vers le pubis, le pariétal droit au voisinage de la partie postérieure de sa protubérance. Quelquefois cette inclinaison latérale de la tête va jusqu'à permettre d'arriver près de la région auriculaire droite, sans que le travail en éprouve de dérangement notable. Il est facile de voir qu'en suivant cette marche, la tête se contourne, en s'engageant, de manière à offrir au bassin ses diamètres les moins étendus.

A mesure que les efforts d'expulsion se multiplient, le menton se rapproche davantage sur la poitrine, et la fontanelle postérieure arrive successivement près du centre du bassin, tandis que l'antérieure se relève le long de la symphyse sacro-iliaque droite. Afin de s'accommoder à la direction de l'axe du détroit supérieur, la tête en ce moment éprouve un mouvement de flexion d'avant en arrière, et continue de descendre ainsi jusqu'à ce que l'extrémité du sacrum, le coccyx et le périnée l'arrêtent dans sa marche. Durant ce mouvement, l'éminence pariétale droite descend derrière la branche horizontale du pubis droit, et la gauche au devant de la symphyse

sacro-iliaque gauche. Ces rapports doivent être notés avec soin, parce qu'ils peuvent servir à diriger l'application des moyens destinés à faciliter la parturition. En exécutant le toucher, lorsque la tête arrive dans l'excavation, il faut éviter de prendre la suture lambdoïde pour la suture sagittale ; erreur dans laquelle on peut d'autant plus aisément tomber que la première, dirigée d'avant en arrière, de la symphyse pubienne vers l'échancrure ischiatique gauche, affecte la situation que la rotation de la tête imprimera à l'autre quelques instans plus tard.

Il est évident que, si l'anneau pelvien offrait dans toutes ses parties des dimensions semblables, la tête parviendrait au dehors en suivant toujours la même direction. Mais il n'en est pas ainsi, et la cavité du bassin présentant moins d'étendue dans ses diamètres obliques que d'avant en arrière, la tête est obligée, en obéissant aux contractions utérines, d'éprouver un mouvement de rotation qui la place dans la situation la plus favorable au lieu nouveau où elle est parvenue. L'occiput glisse alors sur le plan incliné d'arrière en avant que lui présente le côté gauche du bassin, et gagne la symphyse du pubis, tandis que le front se rend dans la concavité du sacrum en suivant le plan incliné d'avant en arrière, que l'on remarque au côté postérieur droit de l'excavation. Il n'est pas rare de sentir avec le doigt ce mouvement de pivot s'exécuter durant une ou deux violentes douleurs. Le tronc du fœtus reste pendant ce temps dans une parfaite immobilité, et la rotation de la tête s'opère entièrement au moyen de la torsion du cou. Lorsqu'elle est exécutée, la fontanelle occipitale correspond à la symphyse du pubis, la suture sagittale est dirigée d'avant en arrière, et la fontanelle antérieure, située très-haut, touche au sacrum. Il est à remarquer toutefois que cette situation n'est pas aussi franche qu'on le dit généralement ; la petite fontanelle est un peu déviée vers le pubis gauche, au lieu d'être placée directement derrière la symphyse ; la fontanelle frontale est de même située plutôt sur le côté droit du sacrum qu'au milieu de cet os, et la suture sagittale paraît légèrement inclinée de gauche à droite et d'avant en arrière. Telles sont du moins les observations que Nœgele assure avoir constamment faites en explorant les parties avec attention.

En même temps que le demi-quart de rotation que la tête du fœtus exécute dans le bassin a lieu, le menton commence à s'éloigner de la poitrine, il s'abaisse ensuite de plus en plus, et l'axe de l'utérus, qui tombait d'abord sur l'occiput, vient graduellement se terminer au front et à la mâchoire inférieure. Les contractions ultérieures de la matrice, agissant suivant cette direction nouvelle, font descendre la face le long des

plans inclinés du sacrum et du coccyx jusqu'à l'entrée de la vulve. Pendant qu'elle exécute ce mouvement, assez étendu, l'occiput se renverse en arrière, paraît sous l'arcade pubienne, et dilate la vulve. Il y a peu de chemin à parcourir pour arriver à ce point, et la nuque, qui est le centre de tout le mouvement dans ce troisième temps du travail, roule sous la partie inférieure de la symphyse. La longueur du cou suffit pour que la tête paraisse au dehors, sans que le tronc s'engage dans le bassin. Enfin, l'occiput est sorti, le périnée, distendu par le front, forme une tumeur volumineuse et semble prêt à se déchirer. Long-temps le travail semble rester stationnaire, la tête remontant dans l'intérieur du bassiu, pendant les intervalles des douleurs. De violentes contractions surviennent alors, et, poussant au dehors les bosses pariétales, le reste de la tête les suit bientôt. Plus la progressiou du fœtus est lente, plus aussi la dilatation de la vulve s'opère complétement, et moins le périnée est exposé à se rompre.

Durant cette partie du travail, l'axe occipito-frontal de la tête est parallèle au diamètre antérieur du bassin; les éminences pariétales correspondent aux extrémités du diamètre ischiatique du détroit inférieur, et les diverses régions du crâne se dégagent dans l'ordre suivant. On voit paraître d'abord le tubercule occipital sous la symphyse, puis graduellement se montre d'avant en arrière des segmens de plus en plus étendus de la surface du crâne jusqu'à ce que les éminences pariétales elles-mêmes, comprises dans le plus étendu de ces segmens, aient franchi les tubérosités ischiatiques; alors paraît le front, et successivement ensuite les arcades sourcilières, le nez, la bouche et le menton. La vulve, dont la partie postérieure avait été soulevée, et jusque là tiraillée outre mesure, de manière à présenter une direction presque horizontale, se restitue brusquement à son état naturel. Suivant quelques personnes, la tête ayant conservé une situation un peu diagonale relativement au diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, on voit se reproduire à sa sortie quelque chose du mécanisme de son entrée dans le bassin. D'après cette manière de voir, le dégagement de sa surface commencerait par l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, qui serait ensuite suivi de la nuque, puis de la bosse pariétale droite, et enfin de celle du côté opposé. On conçoit qu'une telle marche, en permettant à la tête de faire successivement sortir les extrémités de son diamètre bi-pariétal, rendrait la dernière partie de son trajet plus facile.

Quoi qu'il en soit, la tête n'est pas plutôt devenue libre qu'elle se restitue à la situation qu'elle avait en entrant au détroit supérieur. Le visage regarde la partie postérieure

de la cuisse droite de la mère, et l'occiput correspond à l'aine gauche. Quelquefois cependant on observe un mouvement opposé; c'est-à-dire, que le corps du fœtus, décrivant dans sa totalité un mouvement en spirale, s'engage dans le bassin suivant la même direction que la tête. Alors le cou se trouve tordu de droite à gauche, et lorsque la tête sort, la face s'incline aussitôt vers la cuisse gauche de la mère. Presque toujours, lorsque ce mécanisme a lieu, la même douleur qui dégage la tête expulse aussi le tronc. Mais, dans l'état normal, en même temps que l'extrémité encéphalique sort, les épaules s'engagent dans le bassin, la droite correspondant à la cavité cotyloïde droite, et la gauche glissant au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. Lorsqu'elles sont parvenues dans le petit bassin, elles éprouvent une rotation analogue à celle dont la tête a été le siége, et qui place l'épaule droite sous la symphyse pubienne, et la gauche dans la concavité du sacrum. Ce mouvement, autrefois méconnu, et bien décrit pour la première fois par Smellie, s'opère en sens inverse de celui de la tête, puisque l'épaule antérieure marche de droite à gauche vers la ligne médiane, tandis que l'occiput avait roulé de gauche à droite pour gagner le même point. L'épaule gauche, qui s'est engagée la première dans le bassin, et sur laquelle continuent d'agir les contractions utérines, parcourt avec rapidité toute l'étendue du sacrum et du coccyx, et vient sortir au devant du périnée, tandis que la droite reste arrêtée ou même remonte un peu derrière la symphyse du pubis. Cependant, l'autre étant dégagée, elle descend à son tour, paraît au dehors, et la même contraction suffit presque toujours pour expulser le reste du tronc. L'enfant parcourt toute la filière du bassin courbé sur son flanc droit afin de s'accommoder aux axes des deux détroits et à la concavité de la paroi postérieure de cette cavité.

2°. *Position occipito-cotyloïdienne droite.* Dans cette situation, la fontanelle occipitale est placée en avant et à droite, la fontanelle antérieure en arrière et à gauche. Le dos du fœtus correspond à la partie antérieure droite de l'utérus, et ses membres sont en arrière et à gauche. La parturition a lieu, dans ce cas, suivant un mécanisme absolument semblable à celui que nous venons de décrire, excepté que les mouvemens de rotation de la tête et des épaules, au milieu de l'excavation, s'y opèrent dans une direction entièrement opposée. Une circonstance contribue cependant à rendre alors les deux premiers temps du travail plus longs et plus difficiles lorsque l'occiput est placé à droite, que chez les sujets où il correspond à gauche. Dans la première de ces situations, en effet, le front s'appuie contre l'intestin rectum, dont les parois assez épaisses,

et quelquefois distendues par des matières endurcies, sont refoulées en bas, et opposent à la progression de la tête un obstacle incessamment renouvelé. Et, lorsque ensuite cette partie est arrivée dans l'excavation, le mouvement de rotation qui porte l'occiput derrière la symphyse, et la face, dans la concavité du sacrum, ne peut s'exécuter avec autant de liberté. Aussi, dans les cas où la tête est placée suivant cette seconde position, l'enfantement est-il presque toujours laborieux et pénible, et l'on doit apporter alors un soin spécial à vider l'intestin au moyen de lavemens au début du travail.

Quelques accoucheurs ont pensé que la situation qui nous occupe favorise le renversement de la tête du fœtus à l'orifice utérin et la présentation de la face. Mais nous avons démontré ailleurs que l'obliquité de la matrice n'influe en rien sur les rapports du fœtus avec l'ouverture du col; et, comme l'opinion dont il s'agit n'était fondée que sur la coïncidence de l'inclinaison de la matrice à droite, et de la situation de l'occiput du même côté, il en résulte qu'on ne saurait pas plus l'admettre en bonne théorie, que l'observation ne la justifie dans la pratique.

3°. *Position occipito-sacro-iliaque droite.* Dans cette situation, la fontanelle antérieure correspond à la cavité cotyloïde gauche, et la postérieure, à la symphyse sacro-iliaque droite. La suture sagittale est, comme dans la première position, dirigée d'avant en arrière et de gauche à droite. Le pariétal gauche tend à s'engager le premier dans le détroit supérieur, le dos de l'enfant appuie contre la partie postérieure droite de l'utérus, et ses membres sont repliés en avant et à gauche.

Les choses étant ainsi disposées, les contractions de la matrice tendent à faire descendre l'occiput au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, en même temps que le menton se rapproche de la poitrine. La tête parvient enfin dans l'excavation; et, alors, le mouvement de rotation ou de pivot qui lui est imprimé a pour effet, ou de porter l'occiput dans la concavité du sacrum, et la face derrière la symphyse du pubis, ou de diriger l'éminence occipitale vers la cavité cotyloïde droite, et le visage au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Dans le premier cas, qui est le plus ordinaire, le menton se rapproche de plus en plus de la poitrine, le front appuie contre la symphyse pubienne, et l'occiput, parcourant toute la longueur du sacrum et du coccyx, soulève le périnée. Cette partie éprouve alors une tension beaucoup plus considérable que qnand elle correspond au front, et l'accoucheur doit redoubler d'attention afin de prévenir la déchirure. Cependant, les contractions utérines se multipliant, l'occiput apparaît en ar-

tière, tandis que le front reste appliqué à la symphyse, ou même remonte derrière elle. A peine la partie la plus saillante de la région postérieure de la tête est-elle dégagée, que le périnée, revenant tout à coup sur lui-même, se porte en arrière jusqu'à la nuque; cette partie roule ensuite sur lui comme, dans les deux premières positions, elle roule sous l'arcade pubienne. La tête se renverse alors en arrière, et l'on voit se dégager successivement de dessous l'arcade, la fontanelle antérieure, le front, les sourcils, le nez, la bouche et le menton. Ce mouvement étant terminé, le cou se restitue à son état normal, et le visage s'incline vers l'aine gauche, tandis que l'occiput correspond à la partie postérieure de la cuisse droite. Enfin les épaules, engagées obliquement au détroit supérieur, parviennent dans l'excavation. La gauche, qui correspondait à la cavité cotyloïde droite, se tourne derrière les pubis et s'y arrête; tandis que la droite, placée d'abord au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et logée ensuite dans la concavité du sacrum, parcourt toute la longueur de cet os et se dégage en arrière.

Chez quelques femmes dont le sacrum est très-concave, on voit la tête sortir du détroit inférieur suivant un autre mécanisme. Le visage étant logé derrière la symphyse, les contractions utérines se dirigent alors vers la mâchoire inférieure, l'abaissent et forcent le front à descendre le premier. Ce mouvement se borne quelquefois à dégager les éminences coronales, et le haut du nez reste appuyé sur le bord inférieur de la symphyse, tandis que l'occiput continue de descendre et franchit le périnée. On sent que cette dernière partie doit d'autant plus souffrir alors, que la tête présente à la vulve toute la longueur de son diamètre fronto-occipital. Dans certaines circonstances, ainsi que l'ont observé madame Boivin et Béclard, non-seulement le front, mais toute la face sortent d'abord de dessous l'arcade pubienne, l'occiput restant arrêté au-dessus du périnée; la tête se renverse fortement en arrière jusqu'à ce que le menton ait franchi la vulve, puis elle se relève, le bord inférieur de la symphyse appuyant sur le cou, en même temps que l'occiput se dégage à son tour. Le reste du travail ne présente dès-lors plus rien de remarquable.

Mais il arrive quelquefois, ainsi que nous l'avons indiqué, qu'au lieu de se porter en arrière vers le sacrum, l'occiput se dirige en avant du côté de la cavité cotyloïde droite. Alors la tête éprouve un mouvement de pivot équivalant au tiers de la circonférence du cercle environ, et le corps du fœtus est obligé de la suivre, afin de prévenir une torsion trop considérable du cou. La position occipito-sacro-iliaque droite n'a pas plutôt été convertie en une position occipito-cotyloïdienne droite,

que, la rotation se continuant, la fontanelle postérieure parvient derrière la symphyse des pubis, et le visage dans la concavité du sacrum. Dès-lors le travail suit la marche que nous avons décrits en traitant de la première position.

Il est évident que cette mutation, indiquée pour la première fois par Solayrès, est un bienfait pour la mère, puisqu'elle a pour effet d'abréger la durée des douleurs, et d'éviter au périnée le danger des déchirures auxquelles il est si exposé lorsque l'occiput le distend. Mais jusqu'à quel point une telle rotation de la tête se reproduit-elle fréquemment dans la pratique? Le plus grand nombre des accoucheurs français la considèrent comme très-rare, et comme formant une exception à la règle générale. Nœgele, dont nous avons déjà plusieurs fois cité les observations, établit au contraire qu'elle est fort commune, et qu'elle constitue la manière dont se termine ordinairement le travail, lorsque le visage se présente d'abord en avant et à gauche. Ce praticien va même jusqu'à prétendre que la position occipito-sacro-iliaque droite est, après la position occipito-cotyloïdienne gauche, la plus fréquente, et que, si les accoucheurs croient que l'occiput se trouve plus souvent à droite et en avant qu'à droite et en arrière, c'est qu'ils n'examinent pas avec assez d'attention la situation de la tête au début du travail, et qu'ils ne la déterminent exactement qu'après l'exécution du mouvement de pivot qui a porté l'occiput derrière la cavité cotyloïde droite. L'observateur allemand fonde son opinion sur une pratique de plus de vingt années, et sur des explorations attentivement répétées à toutes les époques du travail, sur un très-grand nombre de femmes. Elle semble porter avec elle les caractères de l'évidence: mais, avant de l'admettre définitivement, il convient d'attendre que des observations ultérieures l'aient confirmée; et l'on ne saurait trop fixer sur ce point important l'attention des praticiens. N'est-il pas déplorable qu'une fonction toute mécanique, et qui est exécutée par des organes susceptibles d'être touchés à chaque instant, soit encore imparfaitement connue, et que des praticiens, d'ailleurs d'un grand mérite, se bornent, lorsqu'ils s'en occupent, à copier leurs devanciers, au lieu d'examiner eux-mêmes les choses, et de décrire les phénomènes d'après nature?

Quelques accoucheurs ont établi que, quand on rencontre la tête placée dans la position occipito-sacro-iliaque droite, il faut, dès le début du travail, solliciter durant les contractions l'occiput à se porter plutôt derrière la symphyse pubienne que dans la concavité du sacrum. Mais ce précepte, en lui-même excellent, ne saurait être mis à exécution dans toutes les circonstances, sans faire courir de grands dangers au fœtus. Afin de ramener, en effet, l'occiput de la symphyse sacro-iliaque

droite à la symphyse des pubis, il faut imprimer à la tête un mouvement d'un tiers de cercle. Or, quand cette rotation s'opère par l'action combinée de l'utérus et des plans inclinés du bassin, le tronc du fœtus en éprouve une semblable, sa face dorsale se tourne d'arrière en avant, et vient à se loger au côté antérieur droit de la matrice. Mais si l'accoucheur voulait produire le même effet, lorsque le tronc est fortement serré et immobile, le cou éprouverait une torsion presque certainement funeste, ou bien il ne réussirait pas, malgré tous ses efforts, à opérer la mutation proposée. Ce n'est donc qu'à l'instant de la rupture de la poche des eaux, et lorsque le corps est encore presque flottant dans l'utérus, que l'on peut essayer de tourner l'occiput vers la cavité cotyloïde la plus voisine; dans toute autre occasion, il faut, ou s'abstenir entièrement de tentatives de ce genre et abandonner le travail à la nature, ou ne chercher à changer la situation de la tête qu'en agissant avec lenteur, et en observant si le corps du fœtus obéit au même mouvement. Tel est au moins le conseil que donne la prudence. Quand, la tête s'étant engagée dans la position qui nous occupe, l'application du forceps devient nécessaire, il faut toujours, avant d'y procéder, s'assurer de nouveau si elle n'a pas changé de rapport avec les diverses parties du bassin. Sans cette précaution, l'instrument pourrait être placé sur des régions qu'il doit constamment respecter.

4°. *Position occipito-sacro-iliaque gauche*. Moins fréquente que la précédente, cette position est caractérisée par la situation de la fontanelle antérieure, au devant de la cavité cotyloïde droite; la fontanelle occipitale correspond en même temps à la symphyse sacro-iliaque gauche; la suture sagittale est dirigée d'avant en arrière et de droite à gauche. Le dos et les fesses de l'enfant occupent les parties postérieures gauches du corps et du fond de l'utérus. Les considérations présentées à l'occasion de la position occipito-sacro-iliaque droite sont entièrement applicables à celle-ci.

5°. *Position occipito-pubienne*. Considérée comme la plus fréquente et presque la seule normale, jusqu'à Ould et Smellie, cette position, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, est extrêmement rare. Peut-être même, comme le croyaient Alphonse Leroy et madame Lachapelle, est-il impossible qu'elle se présente franchement sur une femme dont le bassin est bien conformé. Quoi qu'il en soit, la fontanelle postérieure serait alors placée en avant, l'antérieure en arrière, et la suture sagittale se dirigerait parallèlement au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Le dos du fœtus correspondrait à la face antérieure de la matrice, et les membres seraient repliés du côté opposé. Dans une telle situation, la tête présenterait son dia-

mètre antéro-postérieur, qui est un des plus grands, au diamètre le moins étendu du passage qu'elle doit franchir, ce qui rendrait le travail plus long, plus difficile et quelquefois impossible. Cependant, lorsque la tête n'est pas trop volumineuse, et que le bassin n'est pas trop déformé, la parturition peut encore avoir lieu. Les contractions utérines fléchissent la tête, le menton se rapproche de la poitrine, l'occiput plonge dans le bassin jusqu'au sommet de l'arcade pubienne. Là il s'arrête, tandis que la face s'étend dans la concavité du sacrum, et que le menton s'éloigne du sternum. Aucun mouvement de rotation n'est alors nécessaire pour placer convenablement la tête dans l'excavation; une fois qu'elle y est parvenue, elle marche vers la vulve, et sort du détroit inférieur suivant le même mécanisme que si elle s'était engagée dans une des positions occipito-cotyloïdiennes. Lorsqu'elle est sortie, elle ne s'incline vers l'une des cuisses qu'à l'instant où les épaules entrent, suivant une direction diagonale ou transversale dans le bassin; ce qui imprime un mouvement de torsion au cou. Suivant qu'alors le visage correspond à la cuisse droite ou à la cuisse gauche, on reconnaît que l'épaule gauche ou l'épaule droite est tournée en arrière, et doit sortir la première de la vulve.

6°. *Position occipito-sacrée.* Cette position est encore plus rare que la précédente, à laquelle elle est opposée. Presque jamais l'occiput ne reste appuyé contre l'angle sacro-vertébral; il glisse ordinairement à droite ou à gauche, de manière à former une des positions sacro-iliaques. Il peut arriver cependant, lorsque la tête est petite et molle, que le front et la face descendent d'abord derrière le pubis, et se présentent au-dessous de l'arcade, pendant que la région postérieure de la tête glisse dans la concavité du sacrum, et vient se dégager au devant du périnée. Alors dès les premiers efforts la tête se relève sur la partie postérieure du cou, le front s'engage le premier, et aucun mouvement de rotation ne s'opère dans l'excavation.

En résumant ce qui vient d'être dit sur les six positions du sommet, on voit :

1°. Que, dans les présentations *occipito-cotyloïdiennes*, la tête exécute quatre mouvemens qui constituent un égal nombre de temps distincts : *a.* celui de flexion antérieure, pendant qu'elle franchit le détroit abdominal; *b.* celui de rotation, qui porte l'occiput derrière la symphyse, et la face dans la concavité du sacrum; *c.* celui d'extension graduée, lorsque l'occiput se dégage de l'arcade pubienne; *d.* enfin celui de restitution ou de pivot, opposé au premier, et par lequel le cou revient à sa rectitude normale.

2°. Que, dans les présentations *occipito-sacro-iliaques*, non suivies de la conversion en positions cotyloïdiennes, la tête

sort en cinq temps, que caractérisent autant de mouvemens divers : *a.* celui de flexion antérieure, qui accompagne la descente de l'occiput au devant de la symphyse ilio-sacrée; *b.* celui de pivot, qui porte l'occiput dans la concavité du sacrum, et la face derrière les pubis; *c.* celui de flexion forcée, que nécessite la saillie de plus en plus considérable de l'occiput et sa sortie au devant du périnée; *d.* celui d'extension, pendant lequel le front et la face sortent de dessous l'arcade pubienne; *e.* enfin le mouvement de restitution, qui ramène le visage à la situation qu'il avait en entrant au détroit supérieur.

3°. Que, dans les positions *occipito-pubienne* et *occipito-sacrée*, la parturition a lieu en deux temps ou mouvemens successifs : *a.* celui de flexion pendant qu'elle entre dans l'excavation; *b.* celui d'extension par lequel elle sort. Si elle éprouve ensuite, au dehors, une rotation, elle dépend de l'inclinaison consécutive des épaules en avant et en arrière du bassin.

Ces observations doivent toujours être présentes à l'esprit du praticien, parce qu'elles servent à le diriger dans tous les cas où des obstacles s'opposent à la marche de la tête, ou lorsqu'au lieu de présenter le vertex, cette partie tend à s'engager au détroit abdominal par tout autre région; leur connaissance n'est pas moins importante dans les parturitions qui s'opèrent par les régions inférieures, où la tête reste la dernière dans la matrice, et surtout dans toutes les circonstances qui nécessitent, soit l'application des instrumens destinés à extraire le fœtus, soit la pratique d'opérations plus ou moins dangereuses réclamées par le peu d'étendue des diverses parties du bassin.

Art. deuxième. *Positions des parties inférieures.* Sous ce titre, nous comprenons toutes les présentations du fœtus par l'extrémité pelvienne de l'ovoïde, qu'il constitue dans la matrice.

1°. *Position des pieds.* Les pieds peuvent se présenter au détroit supérieur suivant quatre directions principales, qui doivent être désignées d'après la région de l'anneau pelvien, à laquelle les talons correspondent. Ce sont les positions : calcanéo-cotyloïdienne gauche, calcanéo-cotyloïdienne droite, calcanéo-pubienne, et calcanéo-sacrée. Sur deux cent trente-quatre présentations des pieds qu'ont fournis vingt mille cinq cent dix-sept accouchemens, on observa, entre les positions de ces organes, les rapports suivans : première position, cent trente-cinq; seconde, quatre-vingt-six; troisième, sept; et quatrième, six.

A. *Position calcanéo-cotyloïdienne gauche.* Lorsque le fœtus se présente ainsi, il est en quelque sorte assis sur le bord gauche du bassin au centre duquel répondent les pieds. Les orteils sont dirigés vers la symphyse sacro-iliaque droite, le

dos correspond au côté gauche de l'utérus, et la tête, fléchie sur la poitrine, occupe la partie droite du fond de cet organe.

L'orifice étant suffisamment dilaté, la poche des eaux, qui est ordinairement allongée et irrégulière, ne tarde pas à se rompre, et les pieds, privés de soutien, descendent à travers le vagin jusqu'à la vulve, en conservant leur situation oblique. Les contractions utérines, qui ont d'abord appliqué avec force la tête et les bras sur la poitrine, poussent bientôt en bas les fesses et les hanches. Celles-ci, lorsqu'elles sont peu volumineuses, traversent le bassin de front, et n'y éprouvent aucun changement de situation; mais, si elles ont quelque grosseur, la hanche droite, qui correspond à la symphyse sacro-iliaque gauche, glisse la première dans l'excavation, où elle est suivie par l'autre qui descend derrière la cavité cotyloïde droite. Elles éprouvent ensuite un mouvement de rotation qui porte la première dans la cavité du sacrum, et met l'autre en rapport avec la symphyse. La hanche droite continue alors de se porter en bas et sort en devant du périnée, tandis que la gauche remonte un peu derrière les pubis, et ne se dégage qu'un instant plus tard. Pendant que ce mouvement s'opère, le tronc se fléchit sur son flanc gauche, afin de l'accommoder à la direction des axes des deux détroits, et les hanches, parvenues au dehors, se relèvent spontanément vers l'aine gauche de la mère.

Cependant la partie supérieure du tronc s'engage à son tour. Les bras sont étendus sur les côtés de la poitrine, et les coudes commencent à se montrer à la vulve, tandis que les avant-bras, relevés, occupent les parties latérales de la tête. Les épaules se présentent au détroit abdominal suivant la même direction que les hanches; la droite descend la première au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et bientôt elle est suivie, dans l'excavation, par la gauche, qui passe derrière la cavité cotyloïde droite. Arrivées au-dessus du détroit inférieur, elles se placent l'une en arrière et l'autre en avant, en même temps que les bras, pressés de toutes parts, continuent de descendre. La droite, qui correspond au sacrum est pressée en bas et sort du côté du périnée, qui aussitôt se reporte en arrière et vient s'appliquer au cou de l'enfant. Le corps, qui n'est plus soutenu, tombe alors par son propre poids, ce qui hâte la sortie de l'épaule gauche qui était restée, pendant quelques instans, arrêtée derrière les pubis.

Enfin, pendant que les épaules sont expulsées, la tête elle-même s'engage au détroit supérieur, l'occiput correspondant à la cavité cotyloïde gauche, et la face à la symphyse sacro-iliaque droite. Toujours fléchie sur la poitrine, elle présente le menton au centre du bassin, et le visage ainsi que le front descendent les premiers. Elle oppose ainsi ses plus petits diamètres

aux bords du passage qu'elle franchit. Parvenue dans l'excavation, la tête éprouve le mouvement de rotation déjà décrit : la face est portée dans la concavité du sacrum, et l'occiput derrière la symphyse pubienne. Arrivé là, et toujours poussé par les contractions utérines, le visage continue de descendre le long du plan incliné du sacrum, du coccyx et du périnée ; le menton, qui soulève cette partie, se dégage enfin en arrière, où l'on voit paraître successivement la bouche, le nez, les yeux, le front, et enfin le sommet de la tête ainsi que l'occiput qui sortent les derniers.

B. et C. *Positions calcanéo-cotyloïdiennes droites* et *calcanéo-pubienne*. Dans ces deux positions, le fœtus présente, comme dans celle dont nous venons de parler, sa face postérieure en avant. Il sort suivant un mécanisme absolument semblable à celui qui vient d'être décrit, excepté toutefois que, dans la parturition calcanéo-cotyloïdienne droite, les mouvemens de rotation sont opérés suivant des directions inverses. Dans la position calcanéo-pubienne, le travail, abandonné à lui-même chez une femme bien conformée, se réduit toujours à l'une ou à l'autre des positions cotyloïdiennes précédentes.

D. *Position calcanéo-sacrée*. Dans cette situation, la partie antérieure du fœtus est placée en avant, et la face postérieure en arrière. Les jambes et les cuisses descendent facilement, mais les hanches, si la saillie de l'angle sacro-vertébral est déviée vers l'un ou l'autre diamètre oblique, peuvent rester long-temps dans l'excavation, parce que les fesses se logent et s'arrêtent dans la concavité du sacrum. Cependant leur mouvement de rotation peut s'opérer, et les épaules, engagées dans le détroit suivant la direction du diamètre transversal, le suivent, en se plaçant, comme nous l'avons vu plus haut, l'une en avant, et l'autre en arrière. Mais la tête éprouve des obstacles plus considérables. Le menton, parvenu le premier dans le bassin, est suivi du front et de l'occiput, qui très-souvent, s'arc-boutent, d'une part, contre les pubis, et, de l'autre sur le sacrum. Si la saillie de la base de celui-ci a rejeté l'éminence occipitale vers l'une ou l'autre des symphyses ilio-sacrées, la face correspond bientôt à la cavité cotyloïde du côté opposé, et la parturition peut s'opérer. L'occiput, alors se loge dans la concavité du sacrum ; le visage se trouve derrière les pubis, et les efforts d'expulsion font sortir d'abord le premier avant que l'autre ne se dégage et ne parvienne au dehors. On conçoit cependant que le contraire puisse avoir lieu, et que la face, développée sous les pubis, sorte la première et précède l'occiput.

Ce mode de présentation est de tous celui qui rend la parturition le plus difficile, et qui exige le plus souvent les secours

de l'art. Ceux-ci consistent, soit à changer la position des diverses parties de l'enfant, et à donner à la tête une des situations occipito-cotyloïdiennes, soit à extraire la tête au moyen du forceps.

2°. *Présentation des genoux.* Comme les pieds, les genoux peuvent se présenter suivant quatre directions à l'entrée du bassin; dans chacune de ces positions le mécanisme de la parturition est le même que celui qui vient d'être indiqué. Les accouchemens par les genoux sont de tous les plus rares, parce que le fœtus, recourbé dans la matrice, présente beaucoup plus facilement les pieds ou les fesses, et que les genoux ne sortent guère que, quand les pieds étant arc-boutés contre un des points de la circonférence du bassin, les contractions utérines forcent les membres inférieurs à s'étendre et à se développer au dehors.

3°. *Présentation des fesses.* Après le vertex, le siége est la partie du corps du fœtus qui se présente le plus souvent à l'orifice utérin. Les fesses peuvent alors affecter quatre positions principales, que l'on désigne sous le nom de lombo cotyloïdienne gauche, lombo-cotyloïdienne droite, lombo-pubienne et lombo-sacrée. Sur trois cent soixante-treize présentations de cette région, l'on a observé, entre les positions dont elle est susceptible, les rapports suivans : Première position, deux cent dix-sept; seconde, cent quarante; troisième, six, et quatrième, dix. Dans chacune de ces positions, l'accouchement s'opère par le même mécanisme que celui dans lequel les pieds se présentent d'abord à la vulve, et tout ce que nous avons dit sur les mouvemens des hanches, des épaules et de la tête dans la parturition pour les uns, est applicable à ce qui a lieu pour les autres.

Le diagnostic des diverses présentations est un point trop important pour que nous ne résumions pas ici les signes par lesquels se caractérisent chacune des régions principales dont il vient d'être question. Ainsi rapproché les uns des autres, ces caractères frapperont plus fortement l'esprit et se graveront mieux dans la mémoire. On reconnaît le vertex à une tumeur lisse, arrondie, solide au toucher, sur laquelle on reconnaît à de légers sillons la trace des sutures, et à des espaces mous et membraneux la présence des fontanelles. Les tégumens sont ordinairement plissés suivant la direction des commissures des os. La tuméfaction produite par la stase ou l'extravasation du sang sous la peau, dans l'espace que circonscrit l'orifice utérin, peut rendre le diagnostic plus ou moins obscur; mais alors la présence de l'une ou l'autre oreille, que l'on parvient à toucher, sert ordinairement, et à caractériser la partie, et par ses rapports avec le bassin à déterminer la position de la tête.

Les pieds peuvent souvent être reconnus à travers les mem-

branes, à deux petits corps oblongs, mobiles et médiocrement solides, que l'on sent avec le doigt. Après l'issue des eaux, on les distingue aisément à leur forme arrondie, à la manière dont ils sont placés relativement à la jambe, à la présence du calcanéum, des malléoles et des orteils, courts et placés sur la même ligne, qui les terminent. Il est impossible de confondre les pieds avec la main, qui est plus aplatie, plus large, plus souple, autrement articulée avec l'avant-bras, et surmontée de doigts plus longs et mieux séparés. Les genoux seront toujours distingués des coudes à leur largeur, au volume des parties voisines de la cuisse et de la jambe, et à l'éminence arrondie et mobile que forme la rotule. Les coudes se terminent en effet par une saillie aiguë et fixe, très-facile à reconnaître. En cas de doute, il suffirait de remonter le long du membre pour distinguer la cuisse du bras. Enfin, les fesses forment une tumeur arrondie, lisse, molle, sur laquelle se fait sentir le sillon plus, ou moins profond qui résulte de leur rapprochement. Les parties génitales, la tubérosité ischiatique, l'anus, placé entre elles, la surface lombaire située en arrière et plus haut, les crêtes des os des îles étendues sur les côtés; enfin, la sortie du méconium, sont autant de caractères qui les distinguent. Cette présentation peut cependant être confondue avec celle du vertex, lorsque, les membranes étant rompues depuis long-temps, les parties se tuméfient et se durcissent par suite de l'ecchymose qui s'y développe.

Le diagnostic des positions du fœtus étant établi, l'accoucheur, appelé près d'une femme en travail, doit porter son pronostic sur l'issue probable de la fonction qu'il voit exécuter, et déterminer les indications à remplir pour en assurer le succès. Relativement à la femme, le travail est d'autant plus prompt, que, douée d'une meilleure constitution, et jouissant de plus d'énergie, elle ne se sent troublée par aucune passion violente, par aucun sentiment de crainte. La progression du fœtus a lieu d'une manière d'autant plus rapide, que les douleurs sont plus franches, plus intenses, mieux secondées par les muscles abdominaux. La grandeur du bassin, sa forme, l'état de sécheresse ou d'humidité, de rigidité ou de mollesse du col utérin ou des parties génitales, le nombre et les caractères des parturitions précédentes, sont autant de circonstances qui doivent être prises en considération, lorsqu'il s'agit d'établir le pronostic du travail actuel. L'abattement moral, la faiblesse excessive, la disposition soit aux congestions cérébrales ou pulmonaires, soit aux convulsions, l'existence des phlegmasies chroniques à l'abdomen ou à la poitrine, les hernies, et toutes les affections du même genre, tendent ou à entraver le travail ou à le rendre dangereux.

Relativement au fœtus, un volume médiocre, une conformation régulière et une bonne situation, sont les conditions qui favorisent le plus son issue prompte et facile. Nous avons vu que la présentation du vertex, et spécialement la position occipito-cotyloïdienne gauche et droite, sont de toutes, les plus favorables. Les présentations de l'autre extrémité du fœtus exposent à bien plus de lenteurs et de dangers. Alors, en effet, les contractions utérines agissent avec moins d'efficacité sur une tête mobile et repliée en avant, que sur les fesses, lorsque celles-ci occupent le fond de l'organe. Les pieds d'ailleurs ne sauraient dilater graduellement le col comme le fait le vertex; et la poche des eaux, au lieu de présenter une tumeur arrondie, large et solide pendant les contractions, est irrégulière, allongée, et presque sans action sur l'orifice. Les fesses elles-mêmes sont trop molles pour imprimer au col utérin le degré d'élargissement que la tête lui fait éprouver. Dès-lors, l'enfant lui-même, en descendant par gradation, dilate les parties à la manière d'un coin; mais il le fait par une action immédiate, brusque, plus ou moins violente, et qui expose aux irritations ainsi qu'aux contractions spasmodiques des bords de l'orifice sur le cou, après que les épaules se sont dégagées. Ajoutez à ces circonstances que le cordon ombilical ne saurait, sans exposer la vie du fœtus, demeurer long-temps comprimé avec la poitrine ou la tête, lorsque ces parties sont arrêtées au passage après la sortie des membres pelviens et de l'abdomen.

La parturition est une fonction si douloureuse et que tant de causes peuvent entraver ou rendre funeste, soit à la mère, soit à l'enfant, qu'un chirurgien doit toujours assister à son exécution, afin de surveiller sa marche et d'éloigner les accidens susceptibles de l'entraver. Sa tâche est à la fois celle d'un observateur attentif, à qui rien ne doit échapper de ce qui peut favoriser l'action des organes, et d'un praticien toujours prêt à écarter les obstacles qui surviennent, à détruire les complications, à ramener la fonction à son rhythme normal, ou à exécuter les opérations les plus graves, lorsqu'elles peuvent seules assurer la vie de l'un ou de l'autre des êtres à la conservation desquels il est chargé de veiller.

S'assurer au début du travail si le rectum est vide, et dans le cas contraire, prescrire un ou deux lavemens destinés à le désemplir; faire également évacuer l'urine, dont l'accumulation dans la vessie pourrait exposer à des accidens; situer convenablement la femme, se placer soi-même au côté droit de son lit, et à la même hauteur qu'elle, de manière à pouvoir insinuer la main droite sous son jarret droit et explorer les parties sans la découvrir; veiller au renouvellement convenable de l'air de l'appartement; prescrire quelques boissons dé-

layautes, et un régime approprié à la prolongation des douleurs et à l'état des forces; telles sont quelques-unes des règles relatives à l'hygiène qu'il ne faut pas négliger de mettre en pratique. Quant aux moyens à l'aide desquels on remédie aux obstacles que le travail peut éprouver, ils sont indiqués au mot *accouchement. Voyez* aussi : COUCHE, DÉLIVRANCE, FORCEPS, LEVIER, GASTRO-HYSTÉROTOMIE, SYMPHYSIOTOMIE, etc.

PARULIE, s. f., *parulis;* abcès développé dans l'épaisseur des gencives. Le phlegmon, qui est la cause immédiate de la parulie, peut dépendre lui-même de lésions variées, telles que les contusions, les plaies, les brûlures du tissu rougeâtre et vasculeux qui forme la gencive; mais le plus ordinairement il est déterminé par l'irritation vive et prolongée des dents, de la membrane qui revêt leurs racines, ou de celle qui tapisse les cavités alvéolaires. Quoi qu'il en soit, une douleur brûlante et pulsative annonce les premiers développemens de la maladie; la gencive se tuméfie dans le point affecté; sa substance acquiert une couleur vermeille, et prend ensuite une teinte plus foncée, ou même livide, à mesure que l'engorgement fait des progrès. Il est rare que cette inflammation se termine par la résolution; la sécrétion du pus qui en est le produit le plus constant donne lieu à une fluctuation, obscure d'abord, mais qui devient graduellement plus apparente, en même temps que le sommet de la tumeur blanchit et fait plus de saillie dans la bouche.

L'abcès phlegmoneux des gencives n'est jamais une affection grave. Quelques saignées locales opérées, soit avec la lancette, soit au moyen d'une sangsue placée sur la tumeur, peuvent faire avorter la phlogose qui le précède, et prévenir son développement; mais chez le plus grand nombre des sujets, quelques gargarismes émolliens suffisent pour calmer la douleur et hâter la suppuration. Lorsque la présence du pus est évidente, il faut plonger dans la tumeur la pointe d'une lancette, afin de la vider. Cette légère opération est suivie d'une prompte et facile guérison, toutes les fois que la maladie n'est pas déterminée par des affections plus profondes et plus graves, qu'il faut à leur tour attaquer par les moyens indiqués à l'article DENT.

A la parulie doit se rattacher une sorte d'exudation séreuse, qui a quelquefois lieu à la surface des gencives, et y forme une tumeur molle, superficielle, fluctuante, à peine recouverte d'un léger épiderme formé par la membrane muqueuse. Nous avons plusieurs fois observé des collections de ce genre qui s'étaient formées sans cause connue, et qu'il suffisait d'ouvrir avec la pointe d'une aiguille pour en opérer la guérison.

PASSERAGE, s. f., *lepidium;* genre de plantes, de la tétradynamie siliculeuse, L., et de la famille des crucifères, J.,

qui a pour caractères : calice à quatre folioles concaves ; quatre pétales presque égaux ; silicule ovoïde, échancrée ou non, polysperme, à valves carénées, et à cloison contraire.

La *passerage à larges feuilles*, *lepidium latifolium*, ou *passerage proprement dite*, est une plante herbacée indigène, assez commune sur le bord des rivières, et autour des masures, où elle s'élève à deux ou trois pieds. Elle a les feuilles ovales, lancéolées, entières et dentelées. Ses racines et ses feuilles ont une saveur âcre et aromatique, qui les fait employer, dans quelques pays, à titre d'assaisonnement des viandes. Quoiqu'elle exerce sur l'économie animale une action au moins aussi puissante qu'aucun des autres végétaux qui sont décorés du nom d'antiscorbutiques, les médecins ne s'en servent pas. Cependant elle paraît avoir été usitée autrefois ; son nom indique qu'on la croyait utile contre la rage. C'est un des excitans indigènes qu'il serait le plus avantageux de réintroduire dans la matière médicale.

La *passerage ibéride*, ou *petite passerage*, *lepidium iberis*, dont le mode d'action ne diffère point de celui de la précédente, et la *passerage des décombres*, *lepidium ruderale*, sont employées la première par les Espagnols, l'autre par les Russes, contre les fièvres intermittentes, en infusion théiforme.

PASSIF, adj. Sans nous occuper de l'abus qu'on a fait de ce mot en philosophie, disons qu'il doit être banni de la physiologie, comme tantôt inutile, tantôt, et plus souvent, nuisible. On a cru devoir regarder comme *passifs* certains *organes*, tels que les os, par exemple, parce que, dit-on, ils ne servent au mouvement que comme agens mécaniques ; mais les os vivent, et la vie exclue toute passivité, si ce n'est relative ; de l'idée d'organe passif à l'idée de partie inorganique il n'y a qu'un pas, et peu s'en est fallu que les os ne fussent considérés comme tels. On a dit aussi que le cerveau était passif dans la réception des impressions et même dans la sensation, ce n'est là qu'une simple supposition ; recevrait-il, s'il était passif ; dans tous les cas où il est altéré et hors d'état d'agir, il n'y a plus de sensibilité : qui l'empêche donc alors d'y participer ? C'est qu'apparemment il ne lui suffit pas de subir passivement pour qu'elle ait lieu. On a voulu également qu'il y eût des *maladies passives*. Mais de quelles maladies a-t-on voulu parler ? De celles où l'action organique est lésée, accélérée, suspendue ; qu'y a-t-il de passif là-dedans ? De celles où la structure est altérée ; qu'y a-t-il de passif là-dedans ? Serait-ce donc de celles où il y a lésion de l'action comme de la structure ; mais il n'y a là rien non plus de passif. On a parlé d'une *inflammation passive*, c'est-à-dire, d'une plus vive rougeur, avec plus de chaleur, plus de volume et

plus de sensibilité que dans l'état normal, c'est-à-dire, qu'on a cru pouvoir attribuer à un moins l'état où tout est évidemment en plus. Les *hémorragies* où l'appareil de réaction a cessé étaient appelées *passives*, ainsi que les *névroses*, où le sentiment et le mouvement sont diminués. Ce sont des maladies dans lesquelles une action vitale peut languir; mais qu'y a-t-il de passif dans la faiblesse? Que le nom de *passif* cesse d'être employé en médecine, et la science n'en sera que plus claire.

PASSION, s. f., *perturbatio*, *affectio*, *adfectus*, *passio*; affection permanente, tendance continue, désir violent et fixe, volonté immuable ou penchant irrésistible pour un objet, une action quelconque : le mot *passion* comprend tout cela. Galien considérait les passions sous deux points de vue, relatifs l'un et l'autre à leurs effets sur l'organisme; les unes, de *désespoir*, de *tristesse*, de *douleur*, de *peur*, donnant aux mouvemens vitaux une direction de la circonférence au centre; les autres, d'*espérance*, de *joie*, de *plaisir*, de *colère*, leur imprimant une direction du centre à la circonférence. Hallé, confondant les affections et les passions, réunit toutes les émotions, toutes les affections de l'âme sous deux divisions : *affections de sentimens agréables* ou *pénibles*, *vives*, *douces* ou *lentes*, *libres* ou *contraintes*, *simples* ou *composées*; *affections de volonté*, *d'attachement* ou *d'éloignement*, *violentes* ou *tranquilles*, *libres* ou *contraintes*, *simples* ou *composées*. Il fait en outre considérer les *passages subits* ou *successifs* d'une *affection* à une autre, de même ou de différente nature. Selon Sanchez, il y a quatre sortes de passions de l'âme; les deux premières sont *contraires* à notre *conservation*; la *douleur*, perception d'un mal présent; la *crainte*, perception d'un mal futur : les deux autres sont la *satisfaction*, qui affecte l'esprit dans le moment actuel, et le *désir*, qui l'affecte pour l'avenir. A la première classe il rapporte la douleur dans laquelle l'esprit est tellement accablé par le mal présent, qu'il ne peut penser à un autre objet, *ægritudo*; la douleur causée par la mort d'un objet aimé, *luctus*; la douleur que l'on éprouve en voyant prospérer l'objet qu'on hait, ou l'*envie*; la douleur qui nous affecte en voyant la misère d'autrui, ou la *compassion*; la douleur que nous éprouvons pour avoir commis des actions honteuses, ou le *remords*; la douleur que nous ressentons lorsque nous ne voyons pas de remède au mal qui nous occupe, ou le *désespoir*; enfin la douleur que nous cause l'absence ou le refus d'un objet aimé, ou le *désir passionné*. Dans la seconde, il range la crainte de la fatigue, ou la *paresse*; la crainte de commettre des actions injustes ou déshonnêtes, ou la *pudeur*; la peur que nous avons d'être convaincus des actions mauvaises ou injustes que nous commettons, ou la *honte*; la crainte, qui nous représente d'une

manière incertaine le danger du corps ou de la réputation, avec tristesse et affliction, ou le *soupçon*, auquel il faut rallier la *jalousie*, la *terreur*, la *superstition*, et les *frayeurs* d'une piété mal entendue. A ces deux premières divisions, et notamment à cette dernière, il rattache l'*amour*, qu'il désigne comme une infirmité provenant de la faiblesse et de la fragilité de l'esprit. Il considère tous ces états de l'âme comme contraires à notre conservation; elles sont, dit-il, la cause des morts subites, et la porte la plus grande et la plus fréquentée par laquelle les hommes qui vivent en société sortent de ce monde. Il regarde comme favorables à notre conservation le *contentement*, la *gaîté*, la *joie*, l'*amitié*, la *colère*, l'*espérance*, tout en reconnaissant que ces affections, portées au plus haut degré d'intensité, peuvent nuire, et que certaines vont jusqu'à déterminer la mort; à cette occasion encore, il parle de l'amour, qui par conséquent est pour lui une passion mixte. « Si les auteurs, dit-il, qui ont donné l'histoire des ouvertures de cadavres, avaient noté les passions de chaque individu et les irrégularités de conformation, et ce qu'ils auraient trouvé d'extraordinaire, il est certain qu'on pourrait prouver que les vices dominans ne dépendent pas seulement de la mauvaise éducation et des mauvaises habitudes, qu'ils dépendent le plus souvent en partie de la mauvaise disposition des corps et de l'état de nos humeurs. »

Bichat, qui rajeunit si souvent, par le prestige de son style entraînant, les idées des anciens, pensa comme eux sur le siége des passions. Le cerveau, dit-il, n'est jamais affecté dans les passions, les organes de la vie interne en sont le siége unique; jamais elles n'ont leur origine ni leur terme dans les organes de la vie animale; les parties servant aux fonctions nutritives sont constamment affectées par elles, et même les déterminent suivant l'état où elles se trouvent; l'effet de toute espèce de passion, constamment étranger à la vie animale, est de faire naître un changement, une altération quelconque dans la vie organique; tout tend à prouver que les organes de cette vie sont le terme où aboutissent et le centre d'où partent les passions; l'appareil sensitif extérieur en est l'excitant naturel. Quoique les passions soient l'attribut spécial de la vie organique, elles ont cependant de l'influence sur les mouvemens des organes de la vie animale; les muscles volontaires sont fréquemment mis en jeu par elles : tantôt elles en exaltent les mouvemens, tantôt elles semblent agir sur eux d'une manière sédative; ces modifications sont involontaires, elles dépendent d'une excitation sympathique du cerveau en totalité, ou seulement de quelques-unes de ses parties, produites par l'affection de l'estomac, du foie, des intestins, de la rate, etc.; et plus loin il

ajoute : peut-être les organes internes n'agissent-ils pas sur les muscles volontaires par l'excitation intermédiaire du cerveau, mais par des communications nerveuses directes. Il voit dans le fait lui-même, indépendamment de toute explication des sympathies : d'une part, affection d'un organe intérieur par les passions; de l'autre, mouvement désordonné à l'occasion de cette affection dans des muscles sur lesquels cet organe n'a aucune influence dans la série ordinaire des phénomènes des deux vies. Il y a dans presque toutes les passions mélange ou succession du mouvement de la vie animale à ceux de la vie organique, en sorte que, dans presque toutes, l'action musculaire est en partie dirigée par le cerveau suivant l'ordre naturel, et en partie par les viscères, tels que le cœur, le foie, l'estomac, etc.; ces deux foyers, tour-à-tour prédominés l'un par l'autre, ou restant en équilibre, constituent par leur mode d'influence toutes les variétés nombreuses que présentent les affections morales. L'influence des viscères s'étend non-seulement au cerveau, mais à toutes les autres parties du corps. Quoique le cerveau ne soit pas le but unique de la réaction des viscères internes affectés dans les passions, il est cependant, ajoute Bichat, le principal; et sous ce rapport on peut le considérer comme un foyer toujours en opposition avec celui que représentent les organes internes. Ce sont tantôt les organes digestifs, tantôt le système circulatoire, quelquefois les organes sécréteurs, qui éprouvent un trouble dans les passions. Il n'admet pas de centre unique et fixe des passions, comme il en est un pour les sensations.

C'est ainsi qu'un physiologiste, qui avait encore plus de génie que de savoir, après avoir posé un principe trop exclusif, s'apercevait, chemin faisant, qu'il s'éloignait de la vérité, et bientôt y revenait par des restrictions, qui, pour un lecteur superficiel, paraissent jeter du vague dans sa théorie.

Tout au contraire de Bichat, Gall place le siége de toutes les passions dans l'encéphale. Chaque passion est, suivant lui, l'excès, la manifestation extraordinaire d'un instinct, d'un penchant, d'une aptitude; et l'on sait qu'il attribue la manifestation de tout instinct, de tout penchant, de toute aptitude, à l'action d'une partie de la portion sous-crânienne de l'encéphale.

Broussais considère, ainsi qu'Helvétius, l'*amour de soi-même* comme la source commune des *passions*; il distingue en elles, 1°. celles qui sont fondées sur le *plaisir*, savoir : l'*amour des sexes*, alimenté par les organes de la génération; l'*amour des enfans*, dans lequel les sensations résident dans les viscères de la poitrine et du bas-ventre; l'*amitié*, passion tout intellectuelle, mais accompagnée de sensations rapportées aux viscères, à l'estomac, au cœur; l'*orgueil*, la *vanité*,

l'*amour-propre*, portés jusqu'à la passion, perçus dans l'épigastre; l'*honneur passionné*, l'*ambition*, modifications de l'amour-propre; et la *bienfaisance*, la *philanthropie*, passions si rares que dans des temps de corruption, on a osé douter de leur possibilité; c'était là qu'il fallait placer l'***amour passionné de la patrie***, encore plus rare; le ***besoin impérieux de l'exercice musculaire***. 2°. Celles qui sont fondées sur la *douleur*, savoir : la *haine*, le ***fanatisme***, le ***chagrin***, et les autres passions auxquelles certaines circonstances donnent une direction vers la tristesse, comme cela arrive dans l'amour, l'ambition : de là la *jalousie*, l'*envie*, etc.. Dans ces derniers cas, il y a *passion mixte*. Toute passion a, selon Broussais, sa source dans les viscères; ceux-ci stimulent le cerveau, qui les stimule à son tour, et de ce concours de stimulation résultent les phénomènes des passions. On voit, d'après cela, si Broussais est sincère quand il a l'air de trouver que Bichat s'est montré trop exclusif ou obscur en parlant du siége des passions.

Toutes ces vaines disputes sur le siége des passions ne méritent pas qu'on s'y arrête; une passion est à une affection ce qu'une maladie chronique est à une maladie aiguë, le siége de l'une est le siége de l'autre; tantôt les mouvemens partent du cerveau, tantôt ils partent des viscères; dans le premier cas, ils se propagent toujours à ceux-ci; quand ils en partent, ils se propagent toujours à celui-là; les autres parties de l'organisme sont ensuite excitées par le cerveau et par les viscères; le tout plus ou moins, selon que la passion est plus ou moins forte. Considérées comme besoins, leur siége est dans les viscères; considérées comme sensations impulsives impérieuses, leur siége est dans le cerveau; considérées dans leurs phénomènes, leur siége est partout où l'on aperçoit une modification à l'occasion de ce besoin, de cette sensation. Les passions sont le premier degré des maladies chroniques; elles se manifestent toujours par des phénomènes plus prononcés dans un organe que dans les autres; mais il est ridicule de penser que l'ambition, l'amour maternel affectent spécialement certains viscères pectoraux ou abdominaux. L'influence morbifique se développe surtout dans les viscères qui, chez le sujet, est le plus disposé à s'affecter en général. Il y a quelques faits qui tendent à faire penser que le chagrin, par exemple, agit davantage sur le poumon; mais on peut leur en opposer d'autres qui prouveraient, s'ils étaient seuls, que le chagrin agit particulièrement sur l'estomac.

Les besoins, les émotions, les penchans, les tendances, très-prononcés et permanens, dans lesquels consistent les passions, donnent lieu à deux ordres de phénomènes dans l'organisme; ce sont tantôt ceux d'exaltation, tantôt ceux de dépression :

les passions qui portent à la joie, à la colère, au mouvement, donnent lieu aux premiers; les passions qui portent à la tristesse, à la honte, à l'immobilité, déterminent les derniers.

Nous abandonnons aux poëtes, aux orateurs, aux artistes, aux écrivains qui s'attachent à peindre l'homme sous le point de vue moral ou physique, la description des effets des passions sur la face et les membres, ainsi que la recherche de l'origine, de la filiation et des différences des passions. Cette tâche est au-dessus de nos forces; elle est bien difficile. Peu d'hommes n'ont point éprouvé les émotions de l'amour, les élans de l'émulation, les angoisses du chagrin: mais comment exprimer les sensations de l'avare, de l'envieux, du criminel en proie aux remords; et d'ailleurs qui pourra mettre de l'ordre dans le chaos du cœur humain, analyser les rapports de ses battemèns avec les sensations, les désirs, les craintes, les espérances; le langage lui-même est trop pauvre pour une pareille recherche, ou du moins pour en exposer les résultats. Un talent supérieur pourra seul s'élever au-dessus des difficultés d'un pareil sujet.

Lorsqu'on a voulu peindre les effets de l'amour sur les organes, on a fait des descriptions trop générales, trop uniformes; l'homme n'est-il pas agité de tous les genres de sentiment dans l'amour? Tantôt il espère, tantôt il renonce à tout espoir; il se réjouit, il s'afflige; il est gai, il est triste tour à tour; son sang circule aujourd'hui avec une incroyable rapidité, demain, ou même tout à l'heure, il va demeurer presque immobile dans les canaux qui le renferment. Comment donc indiquer d'une manière générale les effets de l'amour sur la santé?

Les passions dans lesquelles les sensations vives, fortes et expansives se succèdent rapidement et dans lesquelles dominent, ou sont presque habituelles, la joie, l'espoir, la bienveillance, le cerveau est actif, le sommeil agité par des rêves où toute la puissance de la volonté se déploye, le cœur bat avec force, le pouls est plein, accéléré; le sujet se sent un surcroît de force, et même de bien-être, s'il entrevoit la possibilité d'arriver au but qu'il se propose; le poumon agit avec une énergie proportionnée, la respiration est fréquente, les inspirations grandes et les expirations courtes et fortes, les mouvemens des membres sont libres et forts. Les passions de ce genre sont-elles portées au plus haut degré, subissent-elles des redoublemens fréquens et surtout subits, le cerveau est prédisposé à l'apoplexie, aux épanchemens; le cœur, aux anévrismes des cavités gauches, à l'hypertrophie de ce viscère; le poumon aux hémorragies. L'estomac souvent excité par sympathie ne s'affecte que très tardivement; mais dès qu'il com-

mence à s'affecter, il précipite la tendance morbide des autres organes. Chez la femme les mêmes passions font affluer le sang vers l'utérus, et la rend sujette aux ménorrhagies, aux métrorrhagies, à l'avortement, aux fausses couches.

Dans les passions qui se composent de sensations vives et fortes mais concentrées, et parmi lesquelles dominent la tristesse, la crainte, l'aversion, le cerveau est dans un état d'excitation douloureuse, indéfinissable, mais pénible à l'excès; le sommeil est nul le plus ordinairement, ou troublé par des rêves sinistres, où la volonté est sans cesse surmontée par des obstacles imaginaires; le cœur bat largement, mais faiblement et rarement, ou bien il bat avec une raideur remarquable, qui donne au pouls une dureté extrême; on éprouve à la région du cœur un sentiment de pesanteur, d'anxiété; la respiration est gênée; de vives commotions se font sentir à la région épigastrique; les membres sont agités par des mouvemens involontaires et contraints. Ces passions disposent à l'inflammation des méninges, du cerveau, aux anévrismes des cavités droites du cœur, à l'hypertrophie de ce viscère, aux congestions pulmonaires, aux pleurésies, aux péricardites et surtout aux gastrites, aux gastro-entérites et aux gastro-hépatites chroniques. Chez les femmes, les règles se suppriment, la conception n'a point lieu, le développement du fœtus est partiellement arrêté, il périt souvent dans l'utérus; la métrite chronique en est souvent l'effet.

C'est par les désordres qu'elles provoquent dans les organes que les passions déterminent les symptômes *nerveux*, *hypocondriaques*, *vaporeux*, *hystériques*, les *vésanies*, et non pas, comme on l'a prétendu, en produisant des altérations dans le principe pensant, qu'on ne peut sans contradiction regarder comme sujet à des maladies. Ainsi, vouloir prévenir les effets physiques des passions, ou en guérir les fâcheux résultats par d'autres passions, c'est opposer des mouvemens viscéraux à d'autres mouvemens viscéraux; c'est, pour le médecin, chercher à guérir des désordres de l'encéphale ou de tout autre organe, en déterminant d'abord dans l'encéphale, puis dans le reste de l'organisme, des commotions différentes de celles qui les ont rendus malades.

Cette entreprise délicate et difficile tourne parfois au détriment du sujet. Cependant, comme il est démontré par l'observation que la passion de la gloire, par exemple, a guéri celle de l'amour, que l'amour conjugal a vaincu la timidité de femmes élevées dans la mollesse, et que la crainte a quelquefois arraché les mélancoliques à l'objet unique vers lequel leur pensée était exclusivement tournée, on peut tenter d'exciter certaines émotions chez les sujets tourmentés par des passions qui ont altéré leur raison ou leur santé.

Le médecin doit s'attacher bien davantage à combattre par des affections douces et agréables, la crainte ou le désir de la mort, le mépris, la haine du genre humain, et surtout l'indignation passionnée d'une âme vertueuse que bouleverse à chaque instant le spectacle de la corruption et de la bassesse. Mais combien de fois ne voit-il pas échouer tous ses efforts! quand le trait est enfoncé profondément; il ne peut que retarder l'instant fatal.

On a parlé d'éteindre les passions; il fallait pour cela enseigner l'art d'anéantir la sensibilité sans faire cesser la vie. Il faut, si l'on veut être heureux et se bien porter, s'habituer à ne point s'abandonner entièrement aux mouvemens passionnés; plus on résiste et plus on devient fort, plus on est souvent victorieux. Lâchons la bride à nos passions, si elles reposent sur l'amour de la vertu, de la vérité, de l'humanité et de la patrie; elles pourront nous rendre pauvres, nous retenir dans l'obscurité, mais du moins elles développeront en nous chaque jour davantage le délicieux sentiment d'avoir voué sa vie tout entière à tout ce qu'il y a de noble et de sacré pour l'homme bien organisé. Réprimons avec toute la force d'une volonté sans cesse armée par des principes sévères, celles de nos passions qui nous portent à la haine, à l'envie, à la recherche des honneurs qui ne s'acquièrent que par des bassesses; ce sera travailler efficacement au maintien de notre santé, et nous rendre dignes d'être heureux. L'indulgence et la résignation sont deux états de l'âme qu'on doit surtout désirer, et qu'on doit se procurer à tout prix, quand on est forcé de vivre au milieu des hommes tels que l'état social actuel nous les offre.

Le régime a de l'empire sur les passions, en diminuant l'excitabilité de l'estomac et des intestins, en la maintenant dans des limites convenables; il atténue les effets sympathiques d'un cerveau violemment excité, sur les organes digestifs, et la réaction de ceux-ci sur l'encéphale. La régularité, l'uniformité de l'action digestive sont deux conditions les plus favorables à la régularité de l'action du cœur, et au balancement d'action du cerveau, du cœur et de l'estomac. C'est ce qui justifie Pythagore, et ce qui justifierait certains fondateurs d'ordres monastiques, si ceux-ci n'avaient pas permis le poisson, qui est un des plus violens irritans de l'estomac, dans un grand nombre de cas, et surtout quand on en fait un usage habituel.

Il n'y a point de médicamens spécifiques contre les passions, pas plus que contre les vésanies, qui n'en sont que le plus haut degré; ce sont toujours les mêmes moyens choisis parmi les plus propres à ramener les organes à leur action normale.

De tous les médecins qui ont parlé des passions, Hahnemann est celui qui les a étudiées le plus profondément, sous le rapport des médications; il a très-bien fait ressortir que l'action d'un médicament n'est pas la même chez deux sujets affectés de passions différentes; sans doute il a été trop loin en cette occasion comme en tant d'autres; mais, puisque dans les passions les viscères sont le siége, ou d'une circulation trop active, ou d'un afflux considérable, il faut, en général, tâcher de saisir, pour ainsi dire, ou de faire naître, le moment de leur intermission, pour administrer les moyens héroïques. C'est pour cela qu'on a recommandé aux médecins, dans tous les temps, de faire renaître l'espérance, la gaîté et toutes les émotions agréables et douces dans l'âme de leurs malades, sous peine de voir échouer les méthodes de traitement les mieux combinées.

PASSION était jadis employé en français pour désigner une *souffrance*, une *douleur*, un *mal*, une *maladie;* ainsi on appelait *passion bovine*, la CLAVELÉE; *passion cœliaque*, la LIENTERIE; *passion cholérique*, *le* CHOLÉRA; *passion hypocondriaque*, l'HYPOCONDRIE; *passion utérine*, l'HYSTÉRIE; *passion iliaque*, l'ILÉUS.

PASTEL, s. m., *isatis;* genre de plantes, de la tétradynamie siliqueuse, L., et de la famille des crucifères, J., qui a pour caractères: calice à quatre folioles caduques; silique elliptique ou ovale oblongue, plane, oblique, tronquée au sommet, uniloculaire, monosperme, et dont les valves se séparent difficilement.

La *guède*, *isatis tinctoria*, qui croît naturellement en France et dans plusieurs contrées de l'Europe, dans les terrains calcaires et pierreux, est une plante précieuse en ce que ses feuilles donnent une substance colorante bleue qui remplace l'indigo pour la teinture, et qui ne diffère même pas de l'indigo des îles. Ses feuilles ont une saveur âcre et piquante, de même que celles d'un grand nombre d'autres plantes crucifères, et pourraient être substituées à ceux de ces derniers végétaux qu'on est dans l'usage d'employer en médecine sous le nom d'antiscorbutiques.

PASTILLE, s. f., *pastillus;* préparation solide et de forme ronde, dont la base est du sucre cuit à la plume, qu'on aromatise, soit avec une huile volatile quelconque, soit avec une eau odorante très-chargée.

Les pastilles sont en grande partie sorties du domaine de la pharmacie pour passer dans celui du confiseur, car on les emploie plutôt comme objets d'agrément que comme médicamens. Cependant les pharmaciens en préparent encore de plu-

sieurs sortes, qui sont quelquefois usitées en médecine, à cause des substances médicamenteuses qu'on y incorpore. Telles sont particulièrement les pastilles d'ipécacuauha, de soufre et de cachou.

PATE, s. f., *pasta*. Les pharmaciens désignent sous ce nom des préparations molles, d'une saveur douce et agréable, dont la gomme et le sucre font la base, mais dans lesquelles on fait aussi entrer quelquefois les produits de l'infusion ou de la décoction de certains fruits, feuilles ou racines, et qu'on aromatise en outre avec des eaux distillées odorantes.

Parmi les pâtes, celles qu'on emploie le plus souvent sont celles de jujubes, de dattes, de guimauve et de réglisse. Les confiseurs s'en sont emparés, comme de la plupart des pastilles, et les ont simplifiées, en substituant la gomme arabique colorée ou non aux infusions et décoctions qu'on y faisait entrer jadis. Cette substitution n'entraîne aucun inconvénient, et les pâtes gommeuses sont même bien préférables à toutes celles que les pharmaciens préparaient autrefois.

Sous le nom de *pâte arsénicale* on désigne un mélange d'acide arsénieux, de sulfure de mercure et de sang-dragon pulvérisés et réduits à l'état d'une pâte molle par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Cette préparation est un escarrotique puissant, mais ne doit être employée qu'avec circonspection, à cause du violent poison qu'elle contient, et qui peut s'introduire dans l'économie animale par la voie de l'absorption.

PATHÉTIQUE, adj., *patheticus*. Quelques anatomistes ont donné le nom de *muscle pathétique* au grand oblique de l'œil, parce que c'est principalement à son action que sont dus les grands mouvemens de cet organe qui décèlent les passions violentes.

On appelle aussi *nerf pathétique*, ou *oculo-musculaire interne*, celui de la quatrième paire cérébrale. Ce nerf, le plus grêle de tous ceux qui communiquent avec l'encéphale, commence ordinairement par deux racines, séparées souvent l'une de l'autre par un demi-pouce d'intervalle. Il naît, derrière la partie externe des tubercules quadrijumeaux postérieurs, de la partie antérieure et externe de la face postérieure de la grande valvule cérébrale ou valvule de Vieussens. Quelquefois il a trois racines, et plus rarement il n'en a qu'une.

Ces racines se réunissent en un cordon très-mince et arrondi, qui se contourne sur les pédoncules cérébraux, et parcourt un trajet fort long pour gagner l'apophyse clinoïde postérieure. Là il s'engage dans un canal de la dure-mère, le long de la paroi externe du sinus caverneux, au-dessous de l'oculo-musculaire commun, et au-dessus de l'ophthalmique, avec lequel il s'a-

nastomose presque toujours par un filet. Parvenu à la fente sphénoïdale, d'horizontal qu'il était jusqu'alors, il devient oblique de bas en haut, et remonte au-dessus de l'oculo-musculaire commun, avec la branche ophthalmique, au côté externe de laquelle il se place. Pénétrant alors dans l'orbite par la partie la plus large de la fente sphénoïdale, il s'avance, conjointement avec le rameau frontal de l'ophthalmique, au-dessus des muscle droit supérieur et releveur propre de la paupière; puis, se dirigeant en dedans, gagne la partie moyenne du muscle grand oblique, dans lequel il se termine entièrement par plusieurs filets.

PATHOGÉNIE, s. f., *pathogenia;* doctrine des lois qui président au développement et aux rapports des phénomènes morbides. Sprengel dit avec raison que ce n'est rien autre chose que la pathologie générale. Cependant le nom de *pathogénie* devrait être consacré.

PATHOGNOMONIE, s. f., *pathognomonia;* connaissance des maladies, de leurs phénomènes caractéristiques; c'est l'application de la pathologie à la pratique.

PATHOGNOMONIQUE, adj., *pathognomonicus;* se dit des symptômes caractéristiques d'une maladie. On prétend que les signes pathognomoniques sont inséparables de la maladie qu'ils accompagnent; cela est vrai, si par là on entend qu'aucune autre affection ne peut les produire; cela est faux si l'on entend que, lorsqu'ils n'ont pas lieu, la maladie n'existe pas. Rien n'est plus commun que la réalité d'une maladie sans phénomènes qui lui soient propres. L'ouverture des cadavres a rendu vulgaire cette incontestable vérité; et c'est pour s'être imaginé le contraire qu'on a méconnu si long-temps les phlegmasies latentes, et même des phlegmasies aiguës, maintenant bien connues, telles que la gastrite, la gastro-entérite.

Un seul symptôme ne peut jamais constituer un signe pathognomonique; il en faut toujours plusieurs dont l'autorité se fortifie réciproquement.

PATHOLOGIE, s. f., *pathologia;* étude, connaissance des organes considérés dans l'état de maladie; partie de l'anthropologie qui enseigne à reconnaître les maladies. On l'a divisée en *générale* et *spéciale.*

La *pathologie générale* ou *pathogénie* est la connaissance de l'action que les puissances morbifiques exercent sur les organes, des lois suivant lesquelles les phénomènes morbides se développent, et des altérations que les organes subissent dans leur texture, leur forme et leurs rapports durant l'état de maladie. Cette science existe à peine. Peut-on donner le nom de science au petit nombre de vérités obscurcies, étouffées par d'innom-

brables erreurs contradictoires, dont se compose le domaine de ce qu'on appelle la pathologie générale? Encore moins peut-on imposer cette dernière dénomination aux lieux communs dont retentissent les écoles depuis Galien, et que des esprits étroits reproduiseut imperturbablement? Aussi longtemps qu'on n'a vu dans les maladies que des altérations mécaniques, physiques, humorales du corps, des dérangemens du principe de la vie ou des propriétés vitales, la pathologie générale n'a été qu'une partie stérile de la physique, ou bien un département plus stérile encore de la métaphysique. Ses véritables progrès datent du moment où l'on a pris la résotion de n'avoir égard qu'aux phénomènes organiques, et de ne jamais les isoler des organes. Dès lors la pathologie générale est devenue le complément, la continuation, l'application, le couronnement, ou, si l'on veut, une branche de la physiologie générale; mais la physiologie générale est elle-même encore bien imparfaite; sa base, l'anatomie générale, ne commence à s'élever que depuis bien peu de temps. L'anatomie pathologique générale est encore moins avancée. Comment donc pourrait-on s'imaginer que la pathologie générale soit arrivée au plus haut degré de splendeur, comme Broussais s'attache à le faire croire? On n'a pu jusqu'ici faire que des ébauches.

Si quelque partie de la médecine mérite le nom de *pathologie générale*, c'est ce qu'on appelle aujourd'hui la *physiologie pathologique;* cette dénomination est peu correcte, mais elle fait entendre, autant qu'il est possible, que la pathologie n'est que la physiologie, l'organologie de l'état de maladie. Nous renvoyons ce que nous avons à dire sur ce point à l'article PHYSIOLOGIE, qui sera divisé en trois parties : 1°. *physiologie des organes dans l'état de santé;* 2°. *physiologie des organes dans l'état de maladie ;* 3°. *physiologie générale.* Disons ici, par anticipation, que la physiologie n'est que la science des organes considérés dans leur action, comme l'anatomie n'est que le science des organes considérés dans leur étendue, et que ces deux *sciences* ne sont que des démembremens d'une science plus digne de ce nom, mais encore bien peu avancée, l'*organologie générale* dont le VITALISME n'est que l'ombre.

Sous le nom de *pathologie spéciale*, on désigne l'histoire ou la connaissance des maladies considérées particulièrement dans leurs analogies; c'est la science qui enseigne à les reconnaître, à les distinguer les unes des autres, à les prévoir, à prévoir leur marche et leurs résultats. Cette espèce de pathologie, espèce qu'on a nommée *nosologie*, *nosographie*,

pathognomonie, *nosognomonie*, est la pathologie proprement dite.

Les maladies n'étant pas des êtres que l'on puisse compter, mais des modes de l'existence organique, on a toujours éprouvé un grand embarras, lorsqu'on a voulu établir un plan pour l'étude, l'enseignement et l'application de la pathologie à la pratique. Pour cela on a mis en première ligne tantôt le type, tantôt la cause prochaine, tantôt les symptômes, tantôt l'état des organes après la mort, tantôt enfin on a suivi l'ordre anatomique ou l'ordre physiologique qui plaisait davantage; en un mot, on a pris pour base ou l'organe, ou la fonction, ou l'altération, ou le phénomène, ou la cause imaginaire du phénomène.

Dans un livre attribué à Hippocrate, mais qui n'est pas de lui, il est fait mention de *quatre* états morbides correspondant aux quatre élémens. Thémison ne reconnaissait que *deux* maladies, de nature diamétralement opposée. Suivant Galien, les maladies affectent les parties similaires ou les parties dissimilaires; celles-là sont *chaudes*, *froides*, *sèches*, *humides* ou *mixtes;* celles-ci consistent dans des vices de *forme*, de *nombre*, *de volume*, et de *composition.* Cette division a été suivie pendant près de quinze cents ans; c'est elle, en grande partie, qui a retardé les progrès de la médecine.

Plater, en 1625, essaya de mettre de l'ordre dans le chaos de la pathologie, et de répartir les maladies en divers ordres naturels d'après les *fonctions* et les *qualités* lésées des corps.

Sauvages, en 1731, renferma les maladies dans *dix* classes: *vices externes*, *fièvres*, *phlegmasies*, *spasmes*, *essoufflemens*, *faiblesses*, *douleurs*, *vésanies*, *flux*, *cachexies.* Il comptait deux cent quatre-vingt-quinze genres et deux mille quatre cents espèces de maladies. Il y en a davantage dans la dernière édition de son ouvrage.

Linné, en 1763, établit *onze* classes de maladies: *exanthèmes*, *critiques*, *phlogistiques*, *douloureuses*, *mentales*, *quiétales*, *motoires*, *suppressives*, *évacuatives*, *difformités internes*, *vices externes.* Ce grand homme n'a pas été heureux dans cette excursion hors du domaine de l'histoire naturelle. Il y avait, suivant lui, trois cent vingt-cinq genres de maladies.

Vogel, en 1764, voulait qu'il y en eût cinq cent soixante, réparties également en *onze* classes. Il réunissait les exanthèmes, les critiques et les phlogistiques dans la classe des fièvres, et ajoutait aux autres classes de Linné les *hyperœsthèses* et les *cachexies*.

Sagar, en 1771, ajouta aux classes formées par Sauvages celles des *exanthèmes* et des *suppressions,* ce qui lui donnait *douze*

classes, divisées en trois cent cinquante-un genres et deux mille cinq cents espèces.

Cullen, dans la même année, réduisit considérablement le nombre des espèces, n'admit que cent trente-trois genres, et seulement *quatre* classes : *pyrexies*, *névroses*, *cachexies*, *maladies locales*.

Macbride, en 1772, n'adoptant aucune base générale, établit également quatre classes de maladies : *universelles*, *locales*, *sexuelles*, *des enfans ;* vingt-trois ordres et cent quatre-vingts genres. Il divisait les maladies universelles, comme Sauvages l'avait fait.

Vitet, en 1778, modifia le système de Sauvages en retranchant la classe des *essoufflemens*, celle des *cachexies*, celle des *vices*, ajoutant les *erreurs de lieu*, et les maladies *par matières retenues*. Il comptait quinze cent quarante-sept espèces, quatre cent soixante-dix-huit genres, quarante-huit ordres, et *neuf* classes.

Brown, en 1780, sans faire de classes, distinguait des maladies *générales* par *excès* ou par *diminution* de l'incitabilité, et des maladies *locales*.

Vogel, en 1781, réduisit les classes de Sauvages aux *quatre* suivantes : *fièvres*, *exanthèmes*, *inflammations*, *flux*.

Borsieri, en 1785, traita successivement de l'*inflammation*, de la *fièvre*, des *fièvres intermittentes*, *continues*, *rémittentes*, des *exanthèmes*, des maladies de la *tête*, de la *poitrine* et de l'*abdomen*.

Selle, en 1786, proposait dix-huit classes de maladies : *inflammatoires*, *putrides*, *bilieuses*, *pituiteuses*, *vermineuses*, *laiteuses*, *nerveuses*, *périodiques*, *obstructives*, *arthritiques*, *rachitiques*, *scrofuleuses*, *cancéreuses*, *vénériennes*, *psoriques*, *scorbutiques*, *vénéneuses*, *organiques*.

Van den Heuvell, en 1786, distinguait les maladies en cinq classes : 1°. maladies par *vice de cohésion ;* 2°. par *vice de la force vitale ;* 3°. par *vice dans la force irritante inhérente aux parties contenues ;* 4°. par *vice des organes ;* 5°. par *vice des fluides*.

Bang, en 1789, voulait *cinq* classes : *pyrexies*, *douleurs*, *névroses*, *excrétoires*, *cachexies*.

Daniel, en 1790, admit *dix* classes : *névrose*, *sepsis*, *saburre*, *pléthore*, *pyogénie*, *catarrheume*, *cachexie*, *synésie*, *dystrophie*, *ectopie*.

Ploucquet, en 1791, fit une nouvelle distribution des maladies ; il les répartit en *sept* classes : *névronuses*, *péritropenuses*, *anapnoénuses*, *trophonuses*, *accrisionuses*, *génonuses*, *alloeoses*.

J.-P. Frank, en 1792, répartit les maladies en *sept* classes: *fièvres*, *inflammations*, *exanthèmes*, *impétigines*, *flux*, *rétentions*, *névroses*.

Darwin, en 1794, attribuait les maladies à l'*augmentation*, à la *diminution*, à l'*aberration* du *mouvement* des parties *irritables*, *sensibles*, des organes de la *volonté*, et des mouvemens d'*association*.

Sprengel, en 1795, proposa *sept* classes également : *fébriles*, *inflammatoires*, *cutanées*, *excrétoires*, *douloureuses*, *nerveuses*, *cachectiques*. Plus tard il supprima la cinquième.

Valenzi, en 1796, ajouta *trois* classes au système de Sauvages, celle des *phymata*, les *plaies*, et les *suppressions*.

Pinel, à qui la science est redevable sous tant de rapports, proposa, en 1798, une distribution nosographique qui, avec celle de Cullen, a partagé l'Europe. Dans la première édition de son ouvrage, les maladies étaient distribuées en *six* classes: *fièvres*, *phlegmasies*, *hémorragies*, *névroses*, *lymphatiques*, *maladies de nature indéterminée*. Dans les éditions suivantes, la cinquième classe est celle des *lésions organiques*. Dans toutes, les caractères des ordres sont tirés du siége.

Baumes, dans la même année, divisa les maladies en *cinq* classes : *oxygénèses*, *calorinèses*, *hydrogénèses*, *azotènèses*, *phosphorénèses ;* par ces mots il entendait désigner les maladies, 1°. avec *trop* ou *trop peu* de *chaleur animale ;* 2°. par *trop* ou *trop peu* de *force des actes organiques* ; 3°. par *abandon*, *défaut* ou *dépravations* de la *bile*, de la *graisse* ou du *lait ;* 4°. par *tendance plus* ou *moins forte*, et rapide, vers la *décomposition putride ;* 5°. avec *excès*, *diminution* ou *altération* de la *terre animale*. Cette classification fut critiquée et rejetée par des gens qui l'admettaient en grande partie sans s'en apercevoir.

Hufeland, en 1800, ne voulait que *quatre* classes : *fièvres*, *inflammations*, *exanthèmes*, *empoisonnemens* ou *maladies miasmatiques*.

J. Frank, en 1811, paraît avoir eu le projet de réduire la pathologie à l'étude des diathèses *inflammatoire*, *rhumatismale*, *gastrique*, *arthritique*, *atonique*, *scorbutique*, *typhode*, *périodique*, *spasmodique*, *scrofuleuse*, *carcinomateuse*, *vénérienne*, *hydrophobique*, *trichomatique*, *pellagrique*, *herpétique*, *lépreuse*, etc.; mais il se borna ensuite à suivre l'ordre des organes, sans d'ailleurs beaucoup de méthode.

Swediaur, en 1812, Hildenbrand, en 1816, ont cru que les maladies pouvaient être rangées dans *cinq* classes : *fièvres*, *cachexies*, *névroses*, *eccrises*, *vices locaux*.

Richerand, en 1816, comprit la pathologie entière dans les *quatorze* ordres suivans : *solutions de continuité*, *unions*

vicieuses, *déplacemens*, *rétentions*, *corps étrangers*, *tubercules*, *cancers*, *polypes*, *kystes*, *ossifications*, *sthénies*, *asthénies*, *asphyxies*, *ataxies*. Les quatre derniers sont seuls pour lui des *lésions vitales*; il accorde aux quatre précédens le nom de *lésions organiques*, et les cinq premiers ne sont, suivant lui, que des *lésions mécaniques*.

Alibert, en 1816, établit vingt-quatre familles naturelles de maladies : *gastroses*, *entéroses*, *choloses*, *uroses*, *pneumonoses*, *angioses*, *leucoses*, *adénoses*, *favoses*, *encéphaloses*, *névroses*, *ophthalmoses*, *otoses*, *rhinoses*, *stomatoses*, *geumatoses*, *phonoses*, *mioses*, *ostéoses*, *arthroses*, *dermatoses*, *gonoses*, *phalloses*, *métroses*.

Broussais, en 1816, étudiait les maladies dans l'ordre suivant : 1°. *irritations* de la *peau*, du *tissu cellulaire*, des *articulations*, des *ouvertures muqueuses*, des *membranes muqueuse*, *gastrique*, *pulmonaire*, *génito-urinaire*, des *membranes séreuses*, *abdominale*, *thoraciques*, *céphalique*, des *parenchymes*; 2°. *hémorragies*; 3°. *névroses*; 4°. *irritations simultanées*; 5°. *fièvres*; 6°. *débilité*, suite d'*irritation*; 7°. *obstacles au cours du sang*; 8°. *scorbut*; 9°. *débilité* par défaut de stimulation, compliquée d'irritation; il divisait l'*irritation* en *rouge* et *blanche*, ou *sanguine* et *lymphatique*.

Mason-Good, en 1817, mit au jour un système nosologique, dans lequel les maladies sont classées, d'après leur siége, en maladies *cœliaques*, *pneumatiques*, *hématiques*, *neurotiques*, *génétiques*, *eccritiques*, et *tychiques*; cette dernière ne se trouve pas dans sa classification de 1822.

Tels sont les principaux systèmes de pathologie qui ont servi jusqu'à présent de texte à l'enseignement, et de guide aux élèves dans l'étude des maladies. On voit que leurs auteurs ont sans cesse tourné dans le même cercle, les uns mettant parmi les classes ce que d'autres mettaient parmi les ordres et même parmi les genres: il n'est pas moins évident qu'en France et en Angleterre, on se rapproche beaucoup de la seule classification naturelle des maladies, qui est celle des organes dont elles ne sont que des modifications. Ce n'est en effet qu'après avoir étudié avec soin toutes les maladies de chaque organe qu'on pourra s'élever à des notions de pathologie générale, exposer méthodiquement les divers états morbides distingués les uns des autres par ce qu'ils ont de commun et de différent.

Ce qu'il y a d'important, ce n'est point de faire des classes de maladies, mais de bien connaître toutes les modifications morbides que tous les organes en général, et que chaque organe en particulier peuvent subir. Il faut sans doute mettre de l'ordre dans l'exposition de faits si nombreux, si variés et si intimement liés entre eux; nous avons indiqué celui

qui nous paraît être le plus couvenable à l'article MALADIE.

Pour que la pathologie fasse des progrès, il faut que l'on continue à rechercher la structure intime des organes, à expérimenter sur l'action de chacun de leurs tissus, à observer les phénomènes de l'état de maladie, à les rapprocher de ceux de l'état de santé, à ouvrir des cadavres avec soin, à les explorer avec attention, avec méthode, avec une instruction préliminaire solide, à comparer les phénomènes de l'état de maladie avec ceux de l'état de cadavre : tels sont les moyens à l'aide desquels on fera faire des progrès à la pathologie. On espérerait en vain le même résultat par tout autre moyen; n'en employer qu'un seul, ou que le plus petit nombre de tous ceux que nous venons d'indiquer, c'est renoncer au bénéfice immense de leur réunion; c'est arrêter, autant que possible, l'essor de l'espèce humaine attaché à la recherche de la vérité en pathologie. Laissons clabauder ceux qui vantent l'empirisme grossier et le métaphysicisme médical, qui dédaignent l'anatomie, qui voient toute la médecine dans la symptomatologie, parce que toute leur petite science est là. Les absurdités, les injures et les sarcasmes prodigués en tous temps aux amis de la vérité, ont été pour eux comme autant d'aiguillons qui leur ont fait redoubler d'efforts pour imposer silence à l'erreur, à l'ignorance, à l'envie, par de solides succès, juste récompense de travaux bien dirigés.

Pour devenir pathologiste, il faudrait être anatomiste, physiologiste, et bon observateur; l'élève doit en conséquence disséquer beaucoup et long-temps, étudier, sinon pratiquer, les expériences faites sur les animaux et même sur l'homme, se pénétrer de notions aussi positives qu'il est possible sur la structure et l'action des organes dans l'état de santé et dans les maladies artificielles auxquelles les expériences donnent lieu; alors seulement il peut commencer à étudier les organes dans l'état de maladie où la nature les offre; mais ce n'est encore que par des travaux anatomiques et des observations physiologiques qu'il peut arriver à une connaissance solide de la pathologie.

Quant à l'enseignement de cette partie de la médecine, on voit que ce n'est que l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie des organes lésés; le cours de pathologie proprement dite est celui dans lequel on établit la liaison logique de ces deux ordres de connaissances, pour apprendre à discerner les maladies, à reconnaître les indications au lit des malades.

PATIENCE, s. f., *rumex;* genre de plantes de l'hexandrie trigynie, L., et de la famille des polygonées, J., qui a pour caractères : calice découpé en six segmens obtus et réfléchis,

trois extérieurs, trois intérieurs, plus grands et rapprochés; corolle nulle; six étamines; stigmates multiples; semence trigone, nue ou recouverte par le calice glanduleux, et à valves entières ou dentées.

Parmi les nombreuses espèces que ce genre renferme, on distingue surtout la *patience des jardins*, *rumex patientia*, appelée aussi *rhubarbe des moines*, qui croît dans toute l'Europe, et qu'on reconnaît à ses feuilles cordiformes, oblongues, larges, raides, lisses et longuement pétiolées. Sa racine, qui est longue et épaisse, a une saveur amère et un peu styptique. Seguin y a constaté la présence du soufre à l'état de liberté. C'est la seule partie de la plante dont on fasse usage. On l'emploie en décoction dans l'eau, qu'elle colore fortement. On la prescrit très-souvent dans les hôpitaux, mais sur des indications purement empiriques, et sans avoir jamais songé à se rendre compte de l'action qu'elle exerce sur l'économie animale. Si l'on en juge d'après sa saveur, elle doit être légèrement tonique. Il paraît que, telle qu'on l'administre, son effet se réduit presqu'à rien, et qu'on doit avoir plus d'égard à l'eau dans laquelle les principes solubles de la plante se trouvent suspendus, qu'à ces principes eux-mêmes.

PAUPIÈRE, s. f., *palpebra;* prolongement de la peau de la face qui est tendue au devant de chaque œil, et dont l'origine se trouve au rebord extérieur de la cavité orbitaire. Quoique ce prolongement constitue à la rigueur un cercle continu, on est dans l'usage de le considérer comme composé de deux portions, qui sont les paupières proprement dites, distinguées en *supérieure* et *inférieure*.

Les paupières ont une forme à peu près demi-circulaire. Elles sont recourbées toutes deux dans le même sens. La convexité qu'elles offrent est plus ou moins sensible, suivant que l'œil fait une saillie plus ou moins considérable. Elles sont séparées l'une de l'autre par une fente transversale. Elles se réunissent ensemble aux extrémités du diamètre transversal de l'orbite. Leurs commissures portent le nom d'*angles de l'œil*, qu'on distingue en *grand* ou *interne*, et en *petit* ou *externe*. La commissure externe forme un angle plus ouvert que l'externe; elle est épaisse et un peu arrondie. L'externe est mince et fort aiguë. De ce dernier angle partent, en rayonnant, un grand nombre de rides qui se dirigent vers la tempe.

Les paupières sont séparées en haut du front par le sourcil, et confondues en bas avec la joue. La supérieure est très-large, et descend jusqu'au-dessous du diamètre transversal de l'œil. L'une et l'autre sont convexes en devant, et présentent beaucoup de rides transversales, plus nombreuses toutefois sur la supérieure que sur l'inférieure, et plus marquée chez les vieil-

lards que chez les jeunes gens. Ces rides sont demi-circulaires et concentriques. Les supérieures sont concaves en bas, et les inférieures concaves en haut.

Les bords libres des paupières sont coupés obliquement d'avant en arrière, et divisés de manière que, quand ils se trouvent en contact, ils forment avec le globe de l'œil un canal étroit et triangulaire, qui offre plus de largeur en dedans qu'en dehors. Tous deux sont concaves et arrondis dans l'étendue de deux ou trois lignes du côté du nez, où ils correspondent à la caroncule lacrymale. A l'endroit où ils commencent à être taillés en biseau, on remarque sur chacun un petit tubercule au sommet duquel se trouve l'orifice d'un conduit lacrymal. Là aussi ils changent de direction, deviennent presque droits quand l'œil est ouvert, et offrent, du côté du globe oculaire, jusqu'à l'angle externe, une rangée de petits trous qui sont les orifices excréteurs des glandes de Meibomius, au-devant desquels, près de la peau, se trouve une série de poils appelés CILS.

Les paupières sont formées par la réunion d'un assez grand nombre de parties différentes, telles que peau, tissu cellulaire, cartilages, muscles, vaisseaux, nerfs et glandes.

La peau qui les couvre se distingue de celle des autres régions du corps par sa finesse extrême, sa minceur et sa transparence, qualités qui deviennent d'autant plus sensibles en elle, qu'on se rapproche davantage du bord libre des paupières. Elle est unie aux parties sous-jacentes par une couche de tissu cellulaire lâche, à filamens très-ténus, qui en facilite l'extension, et dans lequel il ne s'amasse jamais de graisse. Elle offre des rides transversales, qui dépendent des plications qu'elle éprouve lorsque les paupières s'écartent l'une de l'autre.

Les muscles sont au nombre de deux, l'ORBICULAIRE et le RELEVEUR PROPRE *de la paupière supérieure*.

Les paupières sont maintenues dans la forme qui leur est propre par deux petites lames fibro-cartilagineuses, qu'on appelle communément *cartilages tarses*, et qui les empêchent de se rider dans le sens de leur largeur. Ces lames sont placées dans l'épaisseur du bord libre de chaque paupière. Chacune d'elles commence à l'extrémité bifurquée du tendon du muscle orbiculaire palpébral, et se termine en dehors en s'unissant avec ses semblables. Elles sont bien plus larges à leur partie moyenne qu'à leur extrémité, et diffèrent l'une de l'autre par le volume ainsi que par la forme. La supérieure, plus grande, a environ six lignes de long, et est très-rétrécie aux deux bouts. L'inférieure n'a que deux lignes de longueur à peu près, et présente des dimensions presque égales dans toute son étendue. Sur leur face postérieure, qui est en rapport avec la con-

jonctive, on remarque des sillons verticaux, dans lesquels se logent les glandes de Meibomius. Leur bord libre ou ciliaire est large, épais, arrondi et taillé en biseau. Ces fibro-cartilages sont assez minces, très-flexibles et très-élastiques. Ils ont une teinte légèrement jaunâtre.

Les glandes de Meibomius, logées entre la conjonctive et les cartilages tarses, dans des sillons particuliers, dont ceux-ci sont creusés sur leur face postérieure, représentent des lignes jaunâtres, verticales, parallèles, droites ou flexueuses, quelquefois ramifiées, plus nombreuses et plus distinctes à la paupière supérieure, où l'on en compte trente ou quarante, qu'à l'inférieure, où il n'y en a guère qu'une vingtaine. Celles qui occupent la partie moyenne sont plus longues et moins larges que celles des extrémités. Les intervalles qui les séparent sont plus grands à la paupière supérieure qu'à l'inférieure, et vers leur bord adhérent que vers leur bord libre. Les ouvertures par lesquelles ces glandes s'ouvrent au dehors sont à peine sensibles, et disposées sur un ou deux rangs, du côté du globe de l'œil, en arrière des cils. Il en sort une humeur légèrement jaunâtre, qu'on désigne sous le nom de *chassie*, et qui s'échappe sous la forme de petits vers extrêmement déliés, lorsqu'on comprime les cartilages tarses.

Les artères palpébrales sont fournies par l'ophthalmique, la sous-orbitaire, la temporale, et la faciale. Les veines suivent le même trajet, et se rendent dans les troncs correspondans. Les lymphatiques sont fort nombreux, et se terminent dans les ganglions situés sur la glande parotide, et près de l'angle de la mâchoire. Les nerfs proviennent principalement du lacrymal, du facial, du sous-orbitaire, du frontal et du nasal.

Les deux paupières ne jouissent pas d'une égale mobilité. L'inférieure en effet n'exécute que des mouvemens très-bornés, à raison de son peu de longueur. Elles protégent l'œil contre l'action des corps étrangers, et en nettoyent la surface de tous les corpuscules que l'atmosphère y dépose, modèrent l'impression d'une lumière trop vive, étendent uniformément les larmes, et les dirigent du côté de la commissure interne, où elles doivent être absorbées.

Les maladies de ces voiles mobiles sont très-nombreuses.

Les vices de conformation consistent dans leur coadnation ou dans leur adhérence avec la surface du globe de l'œil; cet état, qu'on a désigné sous le nom d'*ankyloblépharon*, est plus rarement congénial que produit par une inflammation antérieure. Cependant les enfans viennent quelquefois au monde avec les paupières réunies par une membrane intermédiaire, ou même entièrement confondues ensemble. Dans certains cas,

l'ouverture de l'une est moins grande que celle du côté opposé, accident qui résulte presque toujours de l'adhérence des parties à la suite d'un ulcère. Quant à l'union des paupières, principalement de la supérieure, avec la face antérieure du globe de l'œil, elle est rarement congéniale, et provient presque toujours d'une plaie et d'une altération qui affectent simultanément la conjonctive palpébrale et oculaire. On conçoit que toutes ces difformités varient beaucoup sous le rapport du degré de gravité, et que, dans le cas surtout d'adhérence avec le globe de l'œil, il n'y a d'espoir de délivrer le malade qu'autant que les brides sont peu étendues, et qu'elles n'ont pas pris naissance sur la cornée transparente. L'incision avec l'instrument tranchant doit être alors préférée à tous les autres moyens qui ont été conseillés, et on prévient la réagglutination des surfaces en pratiquant de temps en temps des injections, et recommandant au malade de cligner souvent les paupières. Quant à l'adhérence des bords libres de ces dernières, elle réclame aussi l'incision de la membrane, ordinairement trop mince, qui les unit l'une à l'autre.

Les paupières peuvent encore être le siége : 1°. de contusions; 2°. de plaies; 3°. de brûlures; 4°. d'œdème; 5°. de paralysie; 6°. d'inflammation; 7°. d'ulcères; 8°. de tumeurs enkystées; 9°. de verrues; 10°. de carie des cartilages tarses; 11°. d'engorgemens squirreux ou d'ulcérations rongeantes. A ces affections il faut ajouter : 12°. le CLIGNOTEMENT; 13°. le furoncle ou ORGELET; 14°. l'ECTROPION; et 15°. l'ENTROPION; 16°. le TRICHIASIS, dont il est traité aux articles consacrés à ces maladies.

Les *contusions* isolées des paupières sont en général peu graves ; elles donnent presque toujours lieu à une extravasation sanguine plus ou moins étendue et considérable dans le tissu cellulaire sous-cutané lâche et abondant qui entre dans la composition de ces organes. Quelques applications résolutives, telles que celles de compresses imbibées d'une dissolution aqueuse d'acétate de plomb, suffisent ordinairement pour dissiper les traces de cet accident, après lequel on observe quelquefois un affaiblissement des paupières, et une sorte d'empâtement, qui réclament l'emploi des toniques.

Les *plaies* des voiles mobiles, placés au devant de l'œil, peuvent être faites par des instrumens piquans ou tranchans. Les premières sont très-rarement bornées aux paupières; elles ne doivent attirer l'attention du praticien qu'à raison des parties qu'elles peuvent intéresser, soit dans le globe oculaire, soit dans l'ORBITE. Lorsqu'elles sont simples, les topiques émolliens et résolutifs, en prévenant l'inflammation qui pourrait leur succéder, font aisément obtenir leur cicatrisation. Les

divisions étendues du tissu des paupières exigent quelquefois la pratique de procédés opératoires assez difficiles. Celles qui sont parallèles aux replis des ligamens palpébraux peuvent être aisément réunies au moyen de bandelettes de taffetas gommé qui rapprochent leurs bords. Il n'en est pas de même des sections longitudinales, qui, comprenant toute l'épaisseur de l'organe, se prolongent jusqu'à son bord libre; alors, le cartilage tarse étant divisé, ses extrémités se rétractent, écartent les lèvres de la plaie, et les empêchent de pouvoir être réunies au moyen des emplâtres agglutinatifs. Il faut presque toujours alors placer près du bord ciliaire de l'organe un point de suture entortillée, afin de s'opposer à la cicatrisation isolée des deux côtés de la division. Une aiguille fine, passée d'un côté à l'autre de celle-ci, le plus près possible de la ligne formée par les cils, et de manière à ne pas pénétrer jusqu'à la conjonctive, sert à opérer un rapprochement exact des parties. Le reste de la plaie est ensuite réuni au moyen de la suture sèche. Il est inutile d'insister sur la nécessité de maintenir la paupière dans un état complet de repos, et de veiller à ce qu'elle ne devienne pas le siége d'une inflammation intense.

La cicatrisation isolée des deux côtés des divisions faites aux bords libres des paupières, a pour effet, non-seulement une difformité assez désagréable, mais quelquefois aussi une inflammation opiniâtre de l'œil, qui reste incessamment exposé à l'action de l'air, à l'endroit de la solution de continuité. On a proposé de remédier à cette lésion au moyen d'une opération analogue à celle du bec-de-lièvre, et qui consisterait à rafraîchir les bords de la plaie, et à les réunir ensuite au moyen de la suture entortillée. Mais, bien que décrite par le plus grand nombre des auteurs, cette opération n'a peut-être jamais réussi; son exécution entraînerait nécessairement une augmentation de la perte de substance; et, si elle échouait, le sujet serait ensuite et plus difforme et plus incommodé que précédemment. Il vaut donc mieux ne pas toucher à l'organe, lorsqu'il ne résulte aucun inconvénient pour l'œil de sa division. Dans le cas contraire, nous conseillons d'abattre avec des ciseaux fins et bien évidés les angles qui unissent les lèvres de la plaie au bord libre de la paupière, de manière à remplacer la fente étroite et longue que présentait cet organe, par une échancrure arrondie, presque insensible, dont le sommet puisse facilement se rapprocher de la paupière opposée. Par ce procédé l'œil sera entièrement recouvert, la difformité ne pourra plus qu'à peine être aperçue, et tous les inconvéniens de la maladie disparaîtront.

Les *brûlures* des paupières exigent une attention spéciale, à raison de la facilité avec laquelle ces voiles mobiles et dépourvus

de résistance peuvent être déformés par les cicatrices trop resserrées formées sur eux ou à leur voisinage. Il importe alors de veiller à ce que les bords de solution de continuité des tégumens ne se rapprochent pas d'une manière trop immédiate. Des emplâtres agglutinatifs, placés sur les paupières, doivent les maintenir étendues et en contact, afin de s'opposer à ce qu'elles soient entraînées par la contractilité de tissu loin de leur situation normale. Mais lorsqu'un tel résultat a lieu, soit que ces moyens aient été insuffisans, soit que l'on ait négligé leur emploi, il faut examiner si les brides qui renversent les paupières peuvent être divisées avec avantage, et tenter, après leur section, d'obtenir l'organisation de cicatrices assez larges pour ne pas reproduire la même difformité. On ne doit pas se dissimuler ici que telle est la force avec laquelle les bourgeons celluleux et vasculaires attirent les tégumens vers le centre des plaies, les opérations de ce genre sont difficilement suivies de succès.

L'*œdème* du tissu cellulaire, qui entre dans la composition des voiles palpébraux, est tantôt le résultat de percussions dirigées sur ces organes, tantôt un symptôme de la leucophlegmatie, ou d'une bouffissure générale, tantôt enfin la suite de compressions exercées sur le visage, et qui gênent le retour des liquides vers le centre circulatoire. Dans toutes ces circonstances, les paupières œdématées sont indolentes, molles, lisses, blanchâtres, a demi-transparentes, et plus ou moins volumineuses; elles cèdent sous le doigt, conservent l'empreinte de la pression, et leurs mouvemens ne peuvent s'exécuter avec une entière liberté.

Lorsque la maladie dépend d'une disposition générale à l'infiltration celluleuse, elle cède aux moyens employés pour combattre les causes qui produisent celle-ci. Dans les cas moins graves où la pression exercée sur la face par un bandage trop serré la détermine, il suffit de relâcher ou d'enlever les pièces d'appareil pour la voir disparaître. Enfin, lorsque l'œdème succède aux contusions et aux phlegmasies des paupières, quelques applications résolutives et toniques ont bientôt rendu aux organes affectés leur vitalité première. Ces topiques produisent aussi de bons effets dans les autres variétés de la maladie, et favorisent l'action locale des moyens généraux qu'on leur oppose.

Moricheau-Beaupré a observé un cas fort rare d'*emphysème* des paupières chez un soldat qui, en se mouchant, s'était déchiré l'un des conduits lacrymaux. Cet homme ressentit, à l'instant de l'effort exercé pour chasser l'air retenu dans les fosses nasales, une douleur vive dans l'épaisseur de l'une des paupières; cet organe devint volumineux, blanchâtre, transparent et crépitant sous le doigt. Quelques applications résolutives, et l'attention de s'opposer à toute action nouvelle pour se mou-

cher, suffirent pour procurer la guérison de cette affectiou, qui s'était bientôt compliquée d'une extravasation des larmes dans le tissu cellulaire environnant.

A l'œdème de la paupière supérieure, se rallie le relâchement et la *paralysie* de cet organe. Quelquefois les enfans apportent en naissant des paupières supérieures trop longues, trop volumineuses, et qui ne peuvent être facilement relevées jusqu'à découvrir l'œil. D'autres fois, cette disposition résulte de contusions dirigées sur l'orbite, et à la suite desquelles le muscle releveur palpébral est demeuré affaibli ou même incapable de se contracter. Chez quelques sujets enfin la paupière, infiltrée de sérosités, présente en quelque sorte un poids trop considérable, et ne peut être soulevé par l'organe destiné à opérer ce mouvement. Dans tous les cas de ce genre, l'œil demeure fermé; les plus grands efforts du malade suffisent à peine pour entr'ouvrir les paupières; et, pour distinguer les objets, il faut que la tête soit fortement rejetée en arrière, ce qui donne au sujet l'aspect habituel d'une personne à demi plongée dans le sommeil.

On reconnaît que l'obstacle à l'ascention de la paupière supérieure ne dépend pas de la paralysie de son muscle releveur, à ce qu'en faisant un pli à la peau, et en dimiuuant en quelque sorte le poids de l'organe, on voit celui-ci être facilement porté en bas et en haut suivant la volonté du sujet. Le pronostic est alors des plus favorables. Il ne s'agit en effet, pour obtenir une guérison complète, que de rendre permanente la diminution que l'on vient d'opérer momentanément dans l'étendue et le volume des tégumens du voile palpébral. Afin d'atteindre ce but, le malade étant placé comme pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les yeux, on fait à la peau un pli transversal, parallèle aux sillons qu'elle présente, et l'on en retranche, avec des ciseaux bien évidés, un lambeau elliptique, dont la largeur est proportionnée à l'excès de longueur dont l'organe était atteint. Cette opération, aussi simple que facile à pratiquer, doit être faite vers le milieu de la hauteur de la paupière, de telle sorte qu'elle n'exerce aucune influence sur la direction du cartilage tarse correspondant. Après son exécution, il faut laver la plaie avec un peu d'eau fraîche, puis la recouvrir d'une bandelette de taffetas gommé et attendre que la formation de la cicatrice restitue à l'organe ses dimensions normales. Un dégorgement salutaire, ainsi qu'une tension convenable des tégumens sont les résultats assurés de l'excision dont il s'agit, et font disparaître pour toujours la difformité du sujet. Il faut avoir toutefois l'attention, d'une part, de retrancher une portion assez considérable de peau, de l'autre, de ne pas offenser avec l'instrument tranchant les fibres du muscle élévateur situées derrière elle. On remplit la première indication en s'assurant,

après avoir saisi les tégumens avec les doigts ou avec des pinces, que la paupière jouit de toute la liberté de ses mouvemens, et l'on satisfait à l'autre en coupant les parties d'une manière assez légère pour ne pas pénétrer au-delà du tissu cellulaire sous-cutané.

La paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure est presque constamment accompagnée de celle des autres muscles auxquels se distribuent les filets de la troisième paire de nerfs. L'œil est alors entraîné en dehors par le muscle droit externe, d'où il résulte que la maladie est compliquée de strabisme et d'une diplopie déterminée par la divergence des deux axes visuels. On conçoit que, dans de telles circonstances, l'opération indiquée plus haut ne saurait être d'aucune utilité, et qu'il faut se borner à combattre la paralysie à l'aide des médicamens internes et des topiques usités en pareil cas. Le vésicatoire ou le séton à la nuque, les frictions locales avec des linimens volatils et spiritueux, les vapeurs sulfureuses, les douches d'eaux minérales de même nature sont autant de moyens qui ont alors quelquefois réussi. La rescision d'une petite portion de tégumens de la paupière ne saurait être proposable que si le muscle releveur de cet organe était seulement et isolément affaibli, de telle manière qu'en le soulageant on pût espérer de voir l'œil se découvrir un peu mieux, et remplir convenablement ses fonctions.

On doit distinguer des affections qui viennent de nous occuper la contraction permanente et spasmodique du muscle orbiculaire des paupières, contraction qui a pour effet de rendre ces organes immobiles, de les appliquer avec force l'un à l'autre, et de neutraliser tous les efforts du sujet pour les écarter. Assez souvent, cette maladie est accompagnée d'une cuisson douloureuse et d'un sentiment de sécheresse à la surface de l'œil. L'irritation et les spasmes qui constituent cette affection sont rarement continus; leurs accès surviennent habituellement pendant la soirée, et se prolongent plus ou moins dans la nuit. Tous les excitans augmentent leur violence, en même temps qu'ils prolongent leur durée. Presque constamment les affections de ce genre sont liées à l'existence de l'hystérie, de l'hypocondrie ou d'autres névroses, et l'on doit lui opposer les moyens les mieux appropriés aux lésions éloignées dont elles sont l'un des effets sympathiques.

Comme toutes les autres parties du corps, les paupières peuvent être le siége d'*inflammations* plus ou moins intenses et étendues. Lorsque ces phlegmasies sont produites par des violences extérieures, et affectent la peau ou le tissu cellulaire sous-cutané de l'organe, on doit les combattre, comme celles de toutes les autres parties du corps, au moyen des évacua-

tions sanguines et des applications émollientes. Des abcès se forment assez facilement alors dans l'épaisseur des paupières; il faut les ouvrir, aussitôt que la fluctuation s'y fait sentir, à l'aide d'une incision parallèle aux replis palpébraux. Dans les inflammations avec étranglement du tissu cellulaire sous-épicrânien, il n'est pas rare de voir le pus filtrer au bas du front, et s'amasser dans l'épaisseur des paupières supérieures. On doit alors lui donner promptement issue, afin de prévenir les ravages que sa présence pourrait causer. Après ces opérations, il suffit de quelques applications résolutives pour obtenir la guérison rapide des solutions de continuité.

L'inflammation fixée sur le bord libre des paupières est souvent très-rebelle; les sujets scrofuleux y sont spécialement exposés; il n'est pas rare de la voir succéder à la répercussion d'exanthèmes cutanés chroniques, tels que les dartres, etc. Les phlogoses de ce genre sont presque toujours chroniques, peu douloureuses, et accompagnées d'une difformité désagréable, qui consiste dans le rebord rouge que présentent les paupières. On doit opposer à ces affections, d'une part, des moyens propres à détruire les causes intérieures qui les entretiennent, ou à rappeler les éruptions auxquelles elles ont succédé; de l'autre, des lotions adoucissantes ou des pommades dessicatives propres à apaiser l'irritation locale qui les caractérise. Ce traitement est le même que celui de toutes les OPHTHALMIES chroniques. Les cils que les inflammations dont il s'agit avaient fait tomber, renaissent presque toujours après la guérison.

Les phlegmasies du bord libre des paupières, et le flux palpébral qui en résulte, sont assez fréquemment suivis de la formation d'*ulcères* plus ou moins nombreux entre les cils, et d'érosions aux orifices excréteurs des follicules de Meibomius. Le contact de corps irritans et sales, des frottemens rudes et répétés, occasionent quelquefois cette affection, souvent désignée par les auteurs sous le nom de *gale* ou de *grattelle*, et dont le développement est le plus ordinairement lié à l'existence des scrofules, des dartres, de la syphilis, ou d'une stimulation alcoolique habituelle de l'estomac. Un prurit insupportable et continu précède presque toujours l'érosion; le bord de la paupière qui en est le siége se tuméfie, devient rouge, brûlant, se renverse un peu en dehors, et secrète en assez grande quantité une matière jaunâtre, épaisse, et puriforme, qui se durcit promptement. L'examen attentif de la partie y fait découvrir une rangée de petites ulcérations, qui, d'abord superficielles, deviennent chaque jour plus apparentes et plus profondes. Les deux paupières sont le matin agglutinées entre elles par la matière que l'irritation fait sécréter, et le malade est obligé, pour les séparer, de les humecter long-temps avec de l'eau tiède.

En même temps que l'on combat la cause éloignée des ulcères palpébraux, il faut leur opposer des collyres émolliens et anodins si une douleur vive et une phlogose intense les accompagnent. Lorsque l'irritation diminue et que la matière sécrétée devient plus abondante, plus ténue et moins âcre, il convient d'ajouter au liquide adoucissant quelques gouttes d'acétate de plomb liquide, et de passer graduellement à l'usage des pommades dessicatives. Vingt-quatre à trente grains d'oxide rouge de mercure porphyrisés et incorporés dans une once de cérat de saturne ou d'onguent rosat, composant un topique dont on obtient presque toujours de très-bons effets. Le sujet doit en étendre une petite portion chaque soir sur le bord ulcéré de la paupière, et ne l'enlever que le lendemain matin au moyen de lotions faites avec le collyre indiqué. Un vésicatoire au bras, ou un séton à la nuque sont indiqués dans les cas les plus rebelles, afin de déplacer l'irritation fixée sur les yeux.

Les ulcères des paupières peuvent pénétrer profondément, et occasioner la *carie du cartilage tarse*. Guérin rapporte l'observation fort intéressante d'un ulcère de cette nature qui était devenu assez large et assez profond, et dont l'érosion du fibro-cartilage palpébral entretenait la suppuration. Une seule goutte de nitrate de mercure suffit pour opérer la cautérisation du fond de la plaie, et pour déterminer la formation de la cicatrice. On pourrait substituer avec avantage à ce procédé l'application du nitrate d'argent fondu; ce moyen conviendrait également dans un grand nombre d'ulcères invétérés et grisâtres des paupières, alors même que le cartilage tarse ne serait pas affecté.

Les paupières sont assez fréquemment le siége de petites *tumeurs enkystées*, dures, indolentes, circonscrites, arrondies, et mobiles sous le doigt. Ces tumeurs, d'abord aussi petites qu'un grain de millet, acquièrent, en un temps plus ou moins long, le volume d'une lentille, d'une noisette ou même d'une noix. Elles occupent ordinairement le milieu de la paupière, et sont placées ou entre la peau et les plans charnus de l'orbiculaire et du releveur, ou entre ces plans et la conjonctive palpébrale. Dans le premier cas, elles soulèvent fortement la peau, qui s'applique immédiatement à leur surface, et les laisse proéminer au-dehors; dans le second, la saillie qu'elles font à l'extérieur est moins considérable; mais en soulevant le cartilage tarse et en renversant la paupière on voit qu'elles ne sont recouvertes que par la membrane interne de cet organe. Cette dernière disposition est beaucoup plus fréquente que l'autre. Il est difficile d'obtenir la résolution des tumeurs enkistées des paupières; cependant Boyer dit y être

parvenu en les lavant fréquemment avec une dissolution aqueuse de muriate d'ammoniaque, et en les couvrant ensuite d'un mélange d'emplâtre de savon et de diachylum gommé. Ces moyens doivent, pour opérer de bons effets, être employés avec persévérance pendant long-temps. Aussi préfère-t-on à leur action lente et incertaine, l'extirpation toujours prompte et facile du kyste.

Pour exécuter cette opération, le sujet doit être assis et maintenu comme dans tous les autres cas où l'on agit sur les yeux. Un aide, placé derrière le malade, maintient la tête appuyée sur sa poitrine; puis pressant avec le bout de l'indicateur d'une main sur la tumeur, et relevant de l'autre le bord libre de la paupière, il renverse celle-ci et découvre sa surface interne. Le kyste, poussé en bas par l'extrémité du doigt, fait saillie au dehors; alors le chirurgien pratique fait sur lui, avec un bistouri convexe, une incision transversale, superficielle, assez longue pour que la tumeur, toujours pressée par le doigt, sorte entre ses bords. Une airigue sert à la saisir et à l'attirer, pendant qu'avec le bistouri ou des ciseaux on achève de l'isoler des parties auxquelles elle adhère encore. Telle est le procédé qu'il faut employer lorsque la production enkystée occupe la paupière supérieure. Si elle avait son siége à la paupière inférieure, l'aide devrait se placer en avant, et d'une main élever la tumeur, tandis que de l'autre il abaisserait le bord libre de l'organe. Le chirurgien, situé alors en arrière, exécuterait comme à l'ordinaire, l'incision de la conjonctive et l'énucléation du kyste.

Lorsque la tumeur occupe le bord libre des paupières, ce qui est fort rare, il convient, après avoir fait écarter l'organe de la surface de l'œil, de découvrir la surface du kyste, et après l'avoir découverte autant que possible, de disséquer sa base, si elle est large, ou dans le cas opposé, de l'amputer avec des ciseaux. La suppuration suffit ensuite pour détruire les restes de la membrane anormale. Enfin, chez les sujets où la tumeur, placée immédiatement sous la peau, ne peut être extirpée du côté de la conjonctive, on doit inciser les tégumens sur elle dans la direction des plis de la paupière, et l'extirper ensuite comme il a été dit d'abord. Il importe d'absorber le sang qui remplit la plaie et d'éviter l'ouverture du kyste : ce léger accident rendrait l'opération plus longue, plus laborieuse, et pourrait entraîner à laisser quelque portion de cette enveloppe dans la plaie, ce qui est, au reste, sans inconvénient réel.

Si l'on a fait l'opération du côté de la conjonctive, il faut ensuite laisser tomber la paupière, faire laver cet organe avec une décoction émolliente, et la plaie se cicatrice d'elle-même en peu de jours. Chez les sujets où la peau a dû être incisée,

ou doit réunir exactement les lèvres de la division, et s'efforcer d'en obtenir l'agglutination immédiate.

Les *verrues* des paupières diffèrent entre-elles suivant que leur pédicule est large ou étroit, et qu'elles sont plus ou moins disposées à s'enflammer et à dégénérer en cancer. Il convient d'éviter toute application irritante sur elles, et surtout de les toucher avec des substances caustiques. Lorsque leur base est étroite, on doit les exciser avec des ciseaux plutôt que de les lier. La première de ces opérations n'est pas plus douloureuse que la seconde; la plaie qui en résulte guérit promptement, et elle n'expose pas le sujet aux inflammations que détermine quelquefois l'application de la ligature. Lorsque le pédicule des verrues dont il s'agit est large, dur et irritable, il convient de le circonscrire par deux incisions semi-elliptiques, et d'emporter avec lui la portion de peau qui lui donne naissance. Ces deux incisions doivent être dirigées en travers, et après l'opération l'on réunit exactement les lèvres de la plaie.

Les paupières, sont comme les lèvres et les autres parties du visage, exposées à devenir le siége de tumeurs inflammatoires qui dégénèrent aisément en *cancers*. Quelquefois aussi leur tissu cellulaire s'engorge, se durcit, devient squirreux, et forme des engorgemens dont le volume augmente avec plus ou moins de rapidité. Certaines verrues peuvent enfin déterminer l'affection désorganisatrice qui nous occupe. On reconnaît les boutons chancreux des paupières à leur aspect livide, à la tendance qu'ils ont à s'ulcérer, à la douleur brûlante dont ils sont habituellement le siége. Les engorgemens squirreux sont ordinairement le résultat de quelque inflammation chronique; d'abord indolens et durs ils deviennent graduellement le siége de douleurs lancinantes; leur tissu se ramollit et s'enflamme; la peau qui les recouvre contracte des adhérences à leur surface, devient livide, s'entr'ouvre et donne lieu à une ulcération dont les progrès ne peuvent plus être arrêtés. Les verrues cancéreuses se distinguent des autres au prurit continuel qu'elles occasionent, à la couleur noirâtre de leur surface, à la facilité avec laquelle leur sommet devient saignant et s'ulcère.

Toutes les affections de ce genre sont dangereuses. Le contact, avec elles, de substances irritantes diverses exaspère les accidens dont elles s'accompagnent, et hâtent la marche des désorganisations qu'elles provoquent. S'il est un moyen de ralentir leurs progrès et de les guérir, il consiste dans l'emploi des applications émollientes, des saignées locales et des révulsifs. L'expérience clinique démontre de plus en plus les bons effets de ce traitement dans toutes les variétés du CANCER.

On a proposé de détruire les ulcérations rougeâtres des paupières au moyen de caustiques, et notamment de la pâte arsé-

nicale; mais la faible épaisseur de l'organe affecté, sa mobilité, le voisinage de l'œil, sont autant de circonstances qui rendent alors dangereux l'emploi de tous les moyens de ce genre.

Ils ne réussissent que chez un fort petit nombre de sujets, et il est fréquent de les voir exaspérer le mal qu'ils n'ont pu détruire, à raison de la timidité avec laquelle on a été forcé de les employer. Aussi la plupart des chirurgiens ont-ils renoncé à leur usage, et leur préfèrent-ils l'instrument tranchant, dont l'action est plus prompte, plus assurée, plus facilement applicable aux diverses dispositions des parties.

S'agit-il de resciser une portion du bord libre des paupières atteint d'ulcération cancéreuse? Le sujet étant assis sur un siége médiocrement élevé, la tête appuyée et fixée contre la poitrine d'un aide, on soulève de la main gauche l'organe affecté; puis de la droite, armée de ciseaux recourbés sur leurs faces, on circonscrit l'ulcère dans un demi-cercle assez étendu; et d'un seul ou de deux coups on retranche tout ce qu'il envahit. On observe après cette opération que la partie la plus élevée de la plaie s'abaisse, vient se mettre presque de niveau avec le reste du bord tarsien, et que la difformité, d'abord énorme, disparaît à peu près entièrement. On a pu enlever ainsi la presque totalité de la hauteur de la paupière, sans que l'œil ait cessé d'être ensuite recouvert, tant sont efficaces les efforts de la nature pour réparer les pertes de substance de ce genre.

Si la maladie affectait la commissure externe des paupières, il faudrait la cerner par deux incisions droites, parties de chacun des bords libres des organes affectés, et qui iraient se réunir à angle aigu derrière l'ulcération. La plaie serait ensuite réunie de bas en haut au moyen d'un point de suture placé près de son extrémité oculaire, et d'emplâtres agglutinatifs appliqués sur le reste de son étendue. Cette opération, pratiquée sur le grand angle de l'œil, entraînerait la destruction de la partie supérieure des conduits lacrymaux, et, par conséquent, un larmoiement incurable. Lorsque le cancer consiste en une tumeur ou en un ulcère situés vers le milieu de la hauteur des paupières, il faut le circonscrire par deux incisions demi-elliptiques transversalement dirigées, et l'emporter au moyen d'une dissection attentive, durant laquelle il faut éviter, autant que possible, de percer l'organe de part en part. On réunit ensuite immédiatement les bords de la plaie.

Lorsque l'une des paupières ou même ces deux organes sont affectés en même temps de l'affreuse maladie qui nous occupe, et doivent être excisés en totalité, nous pensons qu'il faut recourir sans hésiter à cette opération, qui peut seule soustraire le sujet à une mort assurée. Le procédé dont il convient alors de faire usage est très-simple Le sujet étant placé et maintenu

comme il a été dit plus haut, le chirurgien, après avoir incisé la commissure externe des paupières, saisirait chacun de ces organes, et l'exciserait avec des ciseaux en suivant le contour de l'orbite et en ménageant autant que possible les parties saines, sans négliger d'emporter toutes celles qui sont malades. Quelques ligatures devraient être ensuite placées sur les rameaux ouverts des artères palpébrales. Des pansemens simples suffiraient plus tard pour faire obtenir la cicatrisation des plaies.

Boyer pense avec Maître-Jean qu'il vaudrait mieux abandonner la maladie à elle-même, que de recourir à une excision totale des deux paupières, qui entraînerait à sa suite l'inflammation et la désorganisation de l'œil, exposé immédiatement dès-lors au contact de l'air. Mais il y a trop de danger à laisser les cancers étendre au loin leurs ravages, pour s'arrêter à une considération de ce genre : il faut d'abord emporter le mal, et si ensuite l'œil s'enflamme et menace de se détruire, on pourra le vider et le remplacer par un œil artificiel. Tel est le précepte qui nous semble le plus conforme aux saines doctrines chirurgicales.

PAVILLON, s. m., *papilio*. Les anatomistes donnent ce nom à diverses parties du corps. Le *pavillon de l'oreille* est l'oreille proprement dite, ou la plus grande partie de l'oreille externe. Le *pavillon de la trompe de Fallope* est la portion évasée en forme d'entonnoir, qui termine le conduit excréteur de l'ovaire.

PAVOT, s. m., *papaver*; genre de plantes de la polyandrie monogynie, Lin., et de la famille des papavéracées, J., qui a pour caractères : calice à deux folioles concaves, elliptiques et caduques; corolle à quatre pétales arrondis au sommet; stigmate orbiculaire, étoilé, persistant; capsule sphérique ou oblongue, uniloculaire au centre, à plusieurs loges auprès des parois, ayant autant de placentas qu'il y a de rayons au stigmate, et remplie d'une multitude de petites semences.

Il a déjà été question ailleurs du *coquelicot*, ou *pavot rouge*, *papaver rhœas*. Nous ne parlerons donc ici que du *pavot des jardins*, appelé aussi *pavot somnifère*, *papaver somniferum*, ainsi nommé, parce qu'on le cultive comme plante d'ornement, et parce que c'est lui qui fournit l'OPIUM. Cette dernière substance, objet d'un commerce qui n'est pas sans importance, est le suc concret des capsules. C'est principalement en Perse, et dans plusieurs contrées de la Natolie, qu'on en fait la récolte. On cultive le pavot en grand dans certains pays de l'Europe, à cause de sa graine, dont on exprime une très-bonne huile, appelée *huile d'œillette*. Cette huile est blonde, belle et d'une saveur agréable. Lorsqu'elle a été bien préparée, et qu'on la tient dans un lieu frais, elle se garde au moins au-

tant que celle d'olive, sans contracter de rancidité. Elle ne se congèle pas même à dix et quinze degrés R. au-dessous de zéro. C'est la meilleure et la plus agréable de toutes les huiles, pour la cuisine et pour la table, après celle d'olive; mais elle a le défaut de ne pouvoir servir à l'éclairage.

On emploie en médecine les têtes ou capsules de pavot sèches et dépouillées de leur semence. Assez souvent on en prescrit la décoction soit en lavemens, soit en injections. Elle jouit de la propriété narcotique à un assez haut degré. Autrefois on préparait le sirop diacode avec ces capsules, mais beaucoup de pharmaciens la font maintenant avec de l'extrait d'opium. Loiseleur-Deslongchamps a constaté, par des essais nombreux et fort satisfaisans, que le pavot cultivé en Europe pourrait être employé avec d'autant plus d'avantage à l'extraction de l'opium, que, préparée chez nous, cette substance ne serait point exposée aux falsifications que lui fait éprouver la cupidité mercantile des nations orientales et occidentales, entre les mains desquelles elle passe successivement avant d'arriver dans les officines de nos pharmaciens.

PEAU, s. f., *pellis*, *cutis*, *corium*. Ce mot, comme beaucoup d'autres, ayant passé du langage populaire dans la langue des médecins, a dû conserver aussi, pour ces derniers, la même signification que celle qu'on y attache dans les relations journalières de la vie. On s'en sert donc pour désigner l'enveloppe extérieure du corps des animaux en général, et de l'homme en particulier. Il résulte de-là que les physiologistes, qui, prenant l'anatomie pour guide, ont rapproché les membranes muqueuses de la peau et le mucus de l'épiderme, ont été regardés avec une sorte de dédain par des esprits serviles, véritables singes et perroquets de l'Ecole, qui font consister le savoir à croire sur la parole du maître, et pour qui la mémoire est la première des facultés cérébrales. Cependant cette idée n'est pas nouvelle, puisqu'elle remonte jusqu'à Galien. Bonn, Bichat, Hébréard et Willbrand sont, parmi les modernes, ceux qui l'ont développée avec le plus de détails, et de la manière la plus heureuse. Il n'est plus permis de douter aujourd'hui que la peau et les membranes muqueuses ne font qu'un tout continu, jusqu'au fond même des glandes les plus cachées et les plus compliquées, que cette enveloppe, quoiqu'en apparence intérieure dans une portion de son étendue, est réellement extérieure partout, en ce sens qu'elle est située partout à la surface du corps, qu'elle en forme la limite, et qu'elle le sépare des substances étrangères à l'organisation, avec lesquelles il a besoin d'être sans cesse en contact, de manière qu'on ne peut donner une idée plus exacte de l'organisme animal, qu'en le comparant à un manchon, la membrane tégumentaire représentant deux canaux contigus l'un à l'autre et

emboîtés, dans l'intervalle desquels tous les organes sont logés. A l'article TÉGUMENT, nous reviendrons sur cette idée, dont les conséquences physiologiques, pathologiques et thérapeutiques n'ont pas encore été convenablement appréciées. Ici nous nous conformerons encore à l'usage reçu, quelque blâmable qu'il soit, et nous ne considérerons que la portion extérieure de l'enveloppe tégumentaire générale, sans dissimuler que cette méthode a le grand inconvénient d'isoler les diverses parties d'un même sujet.

La peau, couvrant la surface entière du corps, et moulée sur les organes extérieurs, dont elle laisse apercevoir les principales saillies, est continue partout à elle-même. On y remarque seulement, dans plusieurs endroits, sur la ligne médiane, une sorte de bourrelet, ou de couture, appelé RAPHÉ, annonçant qu'elle se composait originairement de deux moitiés séparées, qui se sont réunies, en venant à la rencontre l'une de l'autre. Elle semble aussi percée de plusieurs ouvertures correspondantes aux orifices des voies alimentaires, aériennes, génitales et urinaires; mais ces perforations ne sont qu'apparentes. Elles tiennent à ce que la membrane tégumentaire se réfléchit sur elle-même pour tapisser la surface interne du corps et ses innombrables anfractuosités, en modifiant ses caractères extérieurs d'après la nature des corps extérieurs à l'action desquels elle doit être plus particulièrement exposée.

Des deux surfaces de la peau, l'une est externe et l'autre interne. La première, parfaitement libre, et en contact avec l'atmosphère, est en général assez unie. On y remarque seulement des rides dont les unes tiennent à la disposition particulière de sa couche dermique, tandis que les autres, qui sont plus profondes, dépendent, soit des contractions exécutées par les muscles sous-cutanés, soit des mouvemens des articulations, soit enfin du défaut de proportion entre l'étendue du sac cutané et le volume des organes sous-jacens. Elle offre aussi des appendices de nature spéciale, tantôt disséminés sur presque toute son étendue, et plus abondans seulement dans quelques points que dans d'autres, comme les cheveux, tantôt concentrés dans un espace très-circonscrit, comme les ongles. Enfin elle est humectée, ou plutôt assouplie par l'exhalation vaporeuse qui en émane sans cesse, et par l'humeur que fournissent d'innombrables glandes sébacées, situées dans son épaisseur ou au-dessous d'elle.

On admet ces glandes dans toute l'étendue de la peau, la paume des mains et la plante des pieds exceptées, quoiqu'il ne soit pas possible de les démontrer partout; elles abondent surtout aux alentours des orifices et dans les plis articulaires. Leur volume varie beaucoup, et ne dépasse guère, en général, celui d'un grain de millet. Elles sont pour la plupart isolées.

Cependant on les trouve quelquefois rapprochées les unes des autres. Leurs orifices constituent des pores assez faciles à apercevoir dans certaines régions, au nez, par exemple. Elles doivent naissance à des replis en cul-de-sac de la peau, sur la surface desquels se répandent en grand nombre les ramuscules vasculaires qui fournissent les matériaux d'une sécrétion oléo-albumineuse, dont la nature varie un peu dans les diverses régions du corps.

La face interne de la peau adhère aux parties sous-jacentes par le moyen d'un tissu cellulaire, en général assez lâche pour lui permettre de glisser sur elle, et dans lequel il s'amasse presque partout une quantité plus ou moins considérable de graisse. Cependant la laxité de ce tissu n'est pas la même partout, et, dans certaines régions, comme au crâne, à la nuque, au dos, à l'abdomen, il a une densité qui le rapproche beaucoup de la peau elle-même, tandis qu'ailleurs, comme au scrotum et aux grandes lèvres, il a plus de rapport avec le tissu musculaire.

La texture de la peau est un des points qui ont le plus exercé la patience des anatomistes, et sur lesquels ils sont cependant le moins d'accord. Enchérissant les uns sur les autres, ils semblent s'être attachés à la rendre de plus en plus difficile à étudier, en multipliant sans nécessité les couches qui la constituent, et variant au gré de leur caprice le nombre et la disposition de ces couches, qui ont été successivement portées jusqu'à six. Les anciens n'en admettaient que deux, et l'on pourrait à la rigueur s'en tenir à leur méthode. Cependant nous suivrons ici les traces de ceux qui en supposent quatre, quoiqu'il nous paraisse manifeste qu'il n'y en a réellement que trois, et que toutes les autres étant arbitraires, on peut les multiplier ou les restreindre à volonté.

En procédant du dehors au dedans, la première est l'*épiderme*, appelé aussi *cuticule* ou *surpeau*. C'est une expansion homogène, mince, demi-transparente, adhérant à la couche sous-jacente par les liens très-solides, qui paraissent consister en une multitude de filamens déliés, dont la nature n'a pu être déterminée jusqu'ici; car, quoique Bichat les considère comme les extrémités des vaisseaux exhalans et absorbans, personne n'a pu parvenir jusqu'à présent à les injecter. Ce sont ces filamens qui rendent la surface interne de l'épiderme hérissée d'inégalités, tandis que l'externe est lisse. Béclard émet, à leur égard, une conjecture assez vraisemblable. Il pense qu'ils n'existent pas quand l'épiderme adhère au derme, et qu'on pourrait les considérer comme des tractus muqueux, formés par la substance intermédiaire au derme et à l'épiderme, rendue fluide et visqueuse par un commencement de décomposition. Quoi qu'il en soit, l'épiderme forme une mem-

brane plane et continue. C'est à tort que divers anatomistes, entraînés par une apparence trompeuse, y ont admis des écailles imbriquées, des fibres, des lames, des vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Avec quelque soin qu'on l'examine, on n'aperçoit en lui qu'une couche homogène, dont la surface adhérente se confond insensiblement avec la couche sous-jacente, et qui est dépourvue de tissu cellulaire, de vaisseaux et de nerfs. Il offre les mêmes plis et les mêmes inégalités que cette couche, et l'on remarque, à sa face interne, des enfoncemens arrondis qui correspondent aux papilles tactiles. Son épaisseur, peu considérable, est à peu près la même partout. Cependant il est beaucoup plus épais à la paume des mains, et surtout à la plante des pieds que dans les autres régions du corps, et Meckel assure qu'on peut l'y diviser en plusieurs feuillets distincts. Il est très-flexible, facile à déchirer, blanchâtre chez l'Européen, et d'un gris clair chez le nègre. On le croyait autrefois percé d'ouvertures appelées *pores*; mais ces ouvertures ne sont plus admises depuis que les observations de Humboldt, Seiler et Béclard ont constaté qu'il était impossible de les mettre en évidence par aucun des moyens, même les plus puissans, que la physique met aujourd'hui à notre disposition. C'est un nouveau rapport entre la peau et les membranes muqueuses, dans lesquelles A. Meckel n'a pu non plus reconnaître les prétendues porosités de Liebeikuhn. L'admission des pores de la peau étant une conséquence de la manière mécanique dont on expliquait le phénomène de l'exhalation cutanée. On ne doit pas croire, pour complaire à une théorie, à ce qui ne peut tomber sous les sens.

Au-dessous de l'épiderme se trouve le *réseau* ou *corps muqueux de Malpighi*, membrane très-mince, homogène, garnie à sa face interne d'enfoncemens qui correspondent aux papilles sous-jacentes, et dans lesquels celles-ci sont logées, comme dans autant de gaînes. De là vient que le corps muqueux a l'apparence d'un réseau, mais il n'offre pas d'ouvertures. Il est le siége principal de la coloration de la peau, et offre toujours la couleur propre à chaque race humaine. On ne connaît pas bien sa nature. Tout ce qu'on sait de certain, c'est que le sang et les injections n'y montrent pas de vaisseaux; des liquides y pénètrent pourtant, mais ils semblent y être imbibés, ou contenus dans des interstices particuliers. On n'y connaît pas non plus de nerfs, et il serait difficile de dire sur quel fondement Gall s'appuie pour l'assimiler à la substance grise du cerveau. Divers auteurs, Cruikshank, Bayham, Gaultier et Dutrochet le supposent formé de plusieurs couches superposées; savoir, d'abord, une couche incolore, plus ou moins molle, ou encroûtée de substance cornée ou calcaire, qu'on distingue dans beaucoup d'animaux, un peu dans le nègre,

point dans le blanc, excepté aux ongles, aux poils, et dans les productions cornées accidentelles; ensuite une couche colorée, très-distincte dans le nègre, dans les blancs tachetés d'éphélides colorées, et beaucoup moins dans les endroits où la peau est blanche; enfin une couche très-mince, incolore, transparente, qu'on distingue surtout sous les écailles et les cornes colorées des animaux, dans le nègre, et même dans le blanc, mais sous l'ongle seulement. Quoi qu'il en soit, le réseau de Malpighi reste le plus souvent uni à l'épiderme, lorsqu'on sépare ce dernier par la putréfaction ou par l'ébullition.

Après le corps muqueux, on trouve le *tissu papillaire*, assemblage de petites éminences éparses sur la face externe du derme, et qu'on désigne sous le nom de *papilles tactiles*. Ces éminences sont en général coniques. On les distingue très-bien à la paume des mains, à la plante des pieds, aux lèvres, au gland et au mamelon; mais elles sont si peu apparentes dans le reste de la peau, qu'on les y admet seulement par analogie. C'est à tort qu'on en a fait une couche particulière de la peau. Elles ne sont réellement que des saillies dermoïdes mollasses, très-cellulaires, et pénétrées par un grand nombre de ramifications vasculaires et nerveuses très-déliées. Dans les endroits où elles sont moins distinctes, cette particularité paraît tenir à ce que les nerfs sont moins abondans, car la quantité proportionnelle des vaisseaux est toujours la même ou à peu près. En effet, les vaisseaux de la peau, de même que les nerfs, soutenus par un tissu cellulaire très-fin, se divisent à mesure qu'ils traversent le derme, à la surface externe duquel leurs dernières ramifications, prodigieusement multipliées, se répandent, et forment, soit un simple lacis uniforme, soit de véritables papilles, dans les endroits où les filets nerveux sont plus abondans qu'ailleurs.

Enfin la dernière couche de la peau est le derme, membrane fibro-cellulaire d'un tissu blanc, ferme, solide et dense, qui, considérée en général, se compose en grande partie de mailles qu'on aperçoit surtout d'une manière bien distincte à sa face interne, après la macération. Ces mailles, coniques, sont dirigées obliquement dans l'épaisseur de la membrane, remplies par un tissu cellulaire adipeux, et traversées par les vaisseaux et les nerfs de la peau. Elles se continuent, dans beaucoup d'endroits, avec le tissu fibreux sous-jacent, auquel elles ressemblent presque entièrement, dans certaines régions, par leur brillant et leur structure manifestement fibreuse; mais, dans la plus grande partie de la peau, notamment au tronc et sur presque toute l'étendue des membres, la structure fibreuse du derme est moins évidente, et ses connexions avec le tissu sous-jacent sont moins intimes. On n'aperçoit aucune trace de fibres dans le derme du dos de la main, du coude-

pied, du front, du scrotum, des grandes lèvres et la verge, dont la substance est parfaitement homogène. Au reste, l'épaisseur de cette membrane n'est pas partout la même, et varie d'une ligne et demie à un quart de ligne. Elle a une demi-transparence qui permet d'apercevoir la couleur des veines sous-cutanées à travers la peau.

Ainsi la peau se compose essentiellement d'une membrane fibreuse, le derme, à la surface duquel s'épanouit un réseau nerveux et vasculaire, exhalant une substance muqueuse dont la coagulation ou l'endurcissement donne naissance à l'épiderme, dernière limite de l'organisme. C'est dans la substance muqueuse, et principalement dans sa couche moyenne, que la coloration de la peau a son siége en grande partie; mais la face externe du derme, et surtout la face interne de l'épiderme, y participent aussi un peu. Cette coloration dépend de globules colorés, disséminés dans le corps muqueux, sur lesquels nous reviendrons à l'article PIGMENT, nom qu'on leur a donné.

La peau diffère des membranes muqueuses en ce qu'elle offre une dégradation toujours croissante d'organisation depuis la surface du derme jusqu'à l'épiderme, qui fait qu'elle est moins bien disposée pour l'absorption et pour l'exhalation.

L'absorption par l'organe cutané, ou, pour parler plus exactement, par la peau couverte de son épiderme, est encore un sujet de doute ou de controverse. Les expériences de Séguin, Currie, Klapp., Rousseau, Dangerfield, Chapman, Gordon et Magendie tendent à la faire rejeter. Celles de Keil, Haller, Percival, Home, Cruikshank, Waston, Ford, Abernethy, Bichat, Duncan, Kellie, Bradney Stuart, Sewal et Young semblent démontrer qu'elle a lieu réellement. On doit naturellement faire abstraction des cas dans lesquels l'absorption paraît avoir eu lieu par la respiration. Il faut aussi mettre de côté ceux dans lesquels l'épiderme ayant été ramolli, altéré ou lésé, soit par le frottement, soit par des applications prolongées à sa surface, l'absorption n'est plus cuticulaire, mais absolument semblable à celle qui a lieu par la membrane muqueuse, puisqu'elle s'opère alors plus ou moins directement par le corps muqueux ou même par le derme, parties éminemment absorbantes. Cette déduction faite, on peut admettre que l'épiderme, dans son état d'intégrité, est presque toujours un obstacle efficace à l'action absorbante de la peau.

Mais si la peau paraît absorber peu, ou même ne le faire que dans certaines circonstances particulières, elle jouit de la faculté excrétante et sécrétoire à un haut degré. Les excrétions qu'elle fournit sont de deux sortes. La première, appelée *perspiration cutanée*, est tantôt vaporeuse, et constitue alors la transpiration insensible, tantôt liquide, et porte le nom de *sueur*. Elle s'exécute continuellement, mais on ignore par

quel mécanisme, par quelles voies elle arrive au dehors. Sa quantité est considérable. Lavoisier et Séguin, qui ont tenté de l'évaluer, établissent qu'elle est à la perspiration pulmonaire dans la proportion de onze à sept, terme moyen. Cruikshank a trouvé qu'elle avait toutes les propriétés de l'eau contenant de l'acide carbonique et une matière animale odorante. On a assimilé cette excrétion à celle du poumon. Elle s'en rapproche sans doute par sa nature; mais le rôle important qu'elle joue dans l'économie, où elle est un des plus puissans soutiens de la santé, ou de l'équilibre des fonctions, n'a probablement que des rapports très-éloignés avec celui de l'exhalation pulmonaire, dont l'influence se porte principalement sur le sang. Mais peut-être n'en est-il pas de même chez le fœtus, dont le poumon est inactif, et la peau presque semblable à une membrane muqueuse. Peut-être respire-t-il réellement par l'organe cutané, ainsi que Geoffroy Saint-Hilaire le conjecture, et que semblerait l'indiquer la présence d'un gaz respirable, découverte par Lassaigne, dans les eaux de l'amnios.

La peau sécrète encore une humeur onctueuse plus ou moins épaisse, diversement colorée et odorante, suivant les régions du corps, que fournissent les glandes sébacées qu'elle renferme.

Ce sont les produits les plus fixes de ces deux sécrétions, qui, en se mêlant aux détritus de l'épiderme, forment à la surface de la peau l'enduit qu'on désigne sous le nom de *crasse*.

La peau est un organe de sensation, celui du toucher, soit actif, soit passif, qui est d'autant plus délicat, que les papilles sont moins couvertes et plus développées. S'il est vrai, comme tout semble l'annoncer, qu'elle absorbe très-rarement, cette circonstance la rend un organe défensif contre certaines impressions nuisibles de l'atmosphère, qui ne pourraient agir alors que par les voies, largement ouvertes à la vérité, du poumon et du canal alimentaire, dans lesquels l'air pénètre continuellement.

Continue aux membranes muqueuses, en rapport direct avec l'air, la lumière, l'eau, le feu et tous les autres corps fluides, liquides et solides de la nature qui entourent le corps humain, ceux-ci d'une manière permanente, ceux-là passagèrement, certains dans quelques cas rares, la peau, appareil très-étendu en longueur, en largeur, très-peu en épaisseur, composé de divers organes, les uns sensitifs, les autres sécréteurs, les uns servant, à la nutrition, les autres destinés à s'interposer entre la partie sensitive et les agens extérieurs, la peau, disous-nous, n'est point un simple organe, comme on se le figure généralement, et, pour en bien décrire l'état morbide, il faudrait que l'on connût parfaitement toutes les lésions dont chacun des organes qui la composent sont susceptibles. Ce qui augmente la diffi-

culté, c'est que les maladies simples de la peau sont les plus rares, c'est-à-dire, que l'état morbide se borne rarement à une seule des parties composantes de la membrane, et rarement aussi une ou plusieurs parties de la peau sont malades sans que quelque autre tissu de l'organisme le soit plus ou moins; et, dans beaucoup de cas, il est très-difficile de décider où se trouve le foyer du mal, c'est-à-dire, quelle est la partie lésée primitivement. De là tant de discussions sur les maladies de la peau, considérées tantôt comme essentielles, tantôt comme secondaires, tantôt comme maladies, tantôt comme symptômes, et plus souvent encore comme crises. De là la foule de dénominations qui leur ont été imposées, dénominations qui ont aussi beaucoup varié en raison de la diversité des phénomènes de ces maladies, phénomènes aux variétés desquels on a souvent attaché trop d'importance.

La plupart des maladies de la peau sont attribuées à des causes internes, c'est-à-dire, à des altérations humorales, à des affections des voies digestives ou de leurs annexes, ou enfin à des virus, notamment à celui de la syphilis; tout cela prouve que le régime qu'on suit, l'air qu'on respire, et les affections des membranes muqueuses exercent une grande influence dans la production des maladies de la peau; que celle-ci résiste plus que ces membranes à l'action des agens externes; et qu'elle n'est influencée par les tissus internes que lorsque ceux-ci sont dans un état morbide assez vivement prononcé, ou lorsque les irritations, les écoulemens, dont ils étaient le siége, viennent à cesser brusquement. En effet, la peau est infiniment moins irritable, moins sensible, et elle sécrète infiniment moins en général que les membranes muqueuses, et il est douteux qu'elle absorbe. Elle exerce une influence sur ces membranes et sur les membranes séreuses, quand ses fonctions sécrétoires, ou même seulement sa simple turgescence viennent à cesser brusquement. Les lésions des membranes muqueuses s'étendent assez souvent, surtout celles de la membrane dermo-muqueuse génitale, à la peau; mais, dans ce tissu, elles s'annoncent avec des formes diverses, dépendantes de la complication de cet organe multiple. La peau est encore sous une influence puissante, celle de l'appareil circulatoire, qui, en raison de ses divers états, la rend momentanément ou continuellement blafarde, jaune, verdâtre, bleuâtre, noirâtre. A chacun de ces modes de coloration se rattachent diverses modifications de la peau encore très-peu connues, et sur lesquelles les dissections, les expériences et les analyses chimiques répandront seules quelque lumière.

Lorry divisait les maladies de la peau en *dépuratoires* et en *symptomatiques*; il résultait de là que, pour lui, aucune

maladie de la peau n'était primitive, idiopathique. Pinel, dans son premier travail nosographique, rangea l'érysipèle, la variole, la rougeole, la pustule maligne, parmi les inflammations de la peau; les lèpres, l'yaws, le scorbut, les dartres, la teigne, la plique, la gale, parmi les maladies lymphatiques de cette membrane; plus tard, il plaça toutes ces affections au nombre des phlegmasies de la peau, en y ajoutant la vaccine, la varicelle, la scarlatine, le zona, la miliaire, l'urticaire, l'hydroa, le pemphigus, le psydracia, et reléguant le scorbut, les lèpres, l'yaws, parmi les lésions organiques. Alibert a tracé l'histoire de la teigne, de la plique, des dartres, des éphélides, de la kéloïde, de la lèpre, du pian, de l'ichthyose, des syphilides et des scrofules de la peau. J.-P. Frank divise de la manière suivante les maladies de la peau : 1°. exanthèmes nus : érysipèle, scarlatine, urticaire, pétéchies; muguet, millet, variole, rougeole, pemphigus, aphthes; 2°. impétigines tachetées, éphélides, chloasme, ecchymose, érythème, vitilige, alopécie, rougeole; porrigo, dartres, hydroa, gale, psydracia, teigne, lèpre. J. Frank traite successivement des pétéchies, de la miliaire, des ampoules, de l'urticaire, de l'érysipèle, du furoncle, de l'anthrax et du charbon, du zona, de l'exanthème mercuriel, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de la varicelle, de la vitilige, des taches de rousseur, des taches hépatiques, de l'ecchymose, de l'érythème, du porrigo, des verrues et des condylômes, des altérations des ongles et des poils, du strophule, de l'urticaire, de l'hydroa, du pemphigus, de la gale, de la psoriase et de la pityriase, du psydracia, des dartres, de la lèpre, de la pellagre, du mal rouge de Cayenne, de la maladie de Crimée, du radesyge, du mal d'Alep, de la rose des Asturies, de l'yaws, du pian, des vices de la transpiration, des vices du sens du toucher.

Bateman, d'après Willan, divise les maladies de la peau en 1°. papules : strophule, lichen, prurigo; 2°. squames : lèpre, psoriase, pityriase, ichthyose; 3°. exanthèmes : rougeole, scarlatine, urticaire, roseole, pourpre, érythème; 4°. bulles: érysipèle, pemphigus, pompholix; 5°. pustules : impétigo, porrigo, ecthyme, variole, gale; 6°. vésicules : varicelle, vaccine, herpes, rupie, miliaire, eczème, aphthes; 7°. tubercules : phyme, verrue, mollusque, vitilige, acne, sycose, loupe, éléphantiasis, framboise; 8°. taches : éphélides, envies. Cet auteur a vivement critiqué Alibert, sans réfléchir sans doute qu'il prêtait bien davantage lui-même le flanc à la critique, en établissant une classification séduisante par sa simplicité, et en apparence très-naturelle, mais réellement très-défectueuse, en ce que telle maladie qu'il a placée parmi

les bulles, n'offre que rarement des ampoules; l'érysipèle par exemple, et telle autre, rangée parmi les squames, n'offre point d'écailles. Il n'a fait qu'étudier avec quelque soin les éruptions qui accompagnent la dentition et celles auxquelles, chez l'adulte, on donne le nom d'anomales. La plupart de ses genres nouveaux ne sont que des variétés. Il a disséminé les dartres, ainsi que les lèpres dans ses différentes classes, et ses distinctions fondamentales sont subtiles.

Les maladies de la peau, considérées en particulier, paraissent devoir être distinguées en trois sections, selon que l'on considère ce tissu dans l'état morbide, abstraction faite de ses fonctions, ou qu'on a principalement égard à ses qualités d'organe sensitif et sécréteur; en conséquence nous proposons l'ordre suivant : 1°. les *plaies*, les *contusions*, les ECCHYMOSES, le FURONCLE, l'ANTHRAX et le CHARBON, l'ÉRYSIPÈLE, l'OEDÈME, l'URTICAIRE, l'HYDROA, le STROPHULE, la ROUGEOLE, la SCARLATINE, la MILIAIRE, la VARICELLE, la VARIOLE, la VACCINE, le PEMPHIGUS; les VERGETURES, les PÉTÉCHIES, l'ICTÈRE, le PRURIGO, la GALE, le PTHIRIASIS, le PSYDRACIA, les DARTRES, le ZONA, la TEIGNE, la LÈPRE, les ULCÈRES, les VERRUES; à quoi l'on peut ajouter diverses variétés de l'inflammation chronique de la peau, connues dans les pays où elles sont endémiques, sous les noms de PELLAGRE, MAL *rouge* ou *de Cayenne*, *mal de Norwége*, ou *radezyge*, *mal d'Alep*, *rose des Asturies*, *yaws* et PIAN; 2°. l'augmentation, la perversion, la diminution, l'abolition du TACT; 3°. l'augmentation, la diminution de la TRANSPIRATION, les altérations diverses de la SUEUR et l'*hémorragie* de la peau ou *sueur de sang*.

Nous allons parler en général de l'inflammation, de l'hémorragie, des altérations de texture et des névroses de la peau.

L'*inflammation de la peau* ou *dermatite* est la seule des phlegmasies membraneuses étendues qu'il nous soit permis d'étudier dans tous ses phénomènes, dans toutes ses variétés. Combien donc n'importerait-il pas qu'on le fît avec le soin que l'on a mis dans ces derniers temps à étudier tant d'autres inflammations qui, bien que profondes, sont aujourd'hui en quelque sorte mieux connues! Celui qui voudra enrichir la science d'une bonne monographie de la dermatite devra en étudier toutes les nuances, depuis le simple érythème que déterminent une friction, l'insolation, la chaleur intense, jusqu'à la phlegmasie profondément altérante à laquelle est dû le *noli me tangere*, l'*ulcère cancéreux* de la peau.

Considérée indépendamment de tous les noms qu'on lui a donnés, la dermatite se manifeste tantôt par une simple rougeur avec plus ou moins de chaleur, tantôt par la rougeur,

la chaleur et un sentiment incommode ou douloureux, tantôt par un prurit accompagné de boutons sans changement de couleur du tissu, avec ou sans chaleur, tantôt par des ampoules, des vésicules, des pustules qui succèdent à l'apparition de la rougeur ou la précèdent, tantôt enfin par une simple modification de la forme des matériaux de l'épiderme; des ulcères ou des végétations l'accompagnent souvent ou lui succèdent.

Le contact de tout irritant, l'influence sympathique de l'irritation d'une membrane muqueuse, notamment de celle des organes digestifs à l'état aigu ou chronique, et génitaux à l'état chronique, telles sont les causes de la dermatite.

Il est inutile d'en accuser les vices de la lymphe ou du sang; il est nuisible d'accuser ces vices jusqu'à ce qu'on ait prouvé qu'ils existent réellement; c'est l'irritation, parfois primitive, souvent secondaire, qu'il faut combattre, et l'on y parvient d'abord par des antiphlogistiques locaux, puis par des moyens appropriés à l'irritation viscérale. Quelquefois il est nécessaire de provoquer cependant une irritation interne pour faire cesser la dermatite, mais c'est quand les voies digestives sont parfaitement saines; alors on sacrifie un peu de l'intérieur pour guérir l'extérieur. Cette méthode plaît généralement, parce qu'elle dispense jusqu'à un certain point, au moins pour un temps, des soins de régime nécessaires quand on se borne à la méthode directe.

Les inflammations de la peau cessent, au moins certaines, avec assez de promptitude, sous l'influence de divers excitans: on en conclut alors qu'il y avait en elles quelque chose de spécifique, soit asthénique, soit virulent; on n'ose plus guère dire humoral, mais au fond c'est la même idée. Il est certain que diverses inflammations cutanées guérissent plus rapidement sous l'influence des excitans, des astringens; mais elles guérissent aussi, quoique lentement, sous l'empire de la diète, de l'eau ou de l'opium, et souvent on les voit s'exaspérer et aboutir à de redoutables dégénérescences sous l'empire de ces mêmes excitans si vantés. La peau est bien moins irritable que les membranes muqueuses; par conséquent l'effet dessiccatif, astringent de diverses substances, peut s'exercer sur elle avec plus de succès et moins d'inconvéniens que lorsqu'on les met en contact avec ces membranes. Le régime sévère, l'usage intérieur et extérieur de l'eau, sont les moyens les plus puissans dans les phlegmasies de la peau; il ne faut pas en chercher d'autres dans ses inflammations aiguës; tous les autres sont quelquefois utiles, souvent nuisibles dans ses phlegmasies chroniques.

La fréquence des cas où l'on voit les phlegmasies de la peau

disparaître, puis ét•: pour ainsi dire remplacées par une phlegmasie interne, a fait renoncer depuis long-temps à les supprimer brusquement :• dans l'état aigu, on se borne à dire qu'il en résulterait une métastase funeste de l'inflammation ; mais quand il s'agit d'une phlegmasie chronique, surtout si elle est accompagnée d'ulcération, de sécrétion morbide, on dit qu'il y aurait lieu de redouter le transport de l'humeur, du vice, du virus, ou tout au moins du principe morbifique, sur les membranes muqueuses, les parenchymes, les os, etc. On peut dire avec vérité que les phlegmasies de la peau semblent avoir un cours plus nécessaire en quelque sorte que celui des phlegmasies des membranes muqueuses ; que leur délitescence est d'autant plus fâcheuse, que le mouvement s'opère de la circonférence au centre, et s'achève constamment sur un organe où l'irritation est plus fâcheuse qu'à la peau. Ces faits étant posés, il y en a assez sans doute pour déterminer à ne pas faire cesser les phlegmasies cutanées par l'emploi prématuré des astringens, sans pour cela qu'il soit nécessaire d'admettre l'existence d'aucun virus. Dès qu'une phlegmasie cutanée se prolonge, devient à peine sensible, et demeure stationnaire malgré l'emploi permanent des antiphlogistiques directs, il n'y a point d'inconvénient à mettre les astringens, les dessiccatifs en usage, quitte à ne pas dépasser certaines limites dans l'emploi de ces moyens.

Les phlegmasies aiguës ne doivent qu'être maintenues dans certaines bornes par le régime sévère, les mucilagineux locaux et le traitement des irritations internes ; par ces seuls moyens, le mal s'épuise pour ainsi dire, et la guérison s'achève. Mais, toutes les fois que l'inflammation paraît devoir s'étendre à une grande étendue de la peau, et bien plus encore au tissu cellulaire sous-jacent, si surtout le phlegmon est à craindre, il ne faut plus hésiter à tirer du sang près de la partie enflammée, ou d'elle-même, quand il n'y a pas de solution de continuité à la peau, quand elle n'est pas bleuâtre, excessivement chaude, et qu'elle ne fait pas éprouver un sentiment de cuisson, d'âcreté indéfinissable, signe avant-coureur fréquent d'une ulcération prochaine.

Les ulcères de la peau sont aujourd'hui mieux traités, parce qu'on les considère comme des plaies qu'il faut placer dans des conditions favorables à la cicatrisation : ces conditions sont une situation convenable, le rapprochement des bords de l'ulcère, l'éloignement de tout irritant jusqu'à ce que toute douleur, toute chaleur aient cessé ; puis l'emploi prudent d'un astringent, si les moyens précédens ne suffisent pas, et l'usage de tous les moyens propres à régulariser l'action du reste de

l'organisme, en rétablissant les fonctions digestives et l'équilibre entre les différentes parties du système circulatoire. L'influence des viscères sur la production des ulcères de la peau est telle que, si l'on ferme imprudemment ces ulcères, c'est-à-dire, avant d'avoir rétabli tous les tissus intérieurs dans leur état normal, celui de tous qui est le plus disposé à s'affecter, en ressent de suite l'influence, et des apoplexies, des pleurésies, des gastro-entérites mortelles en sont parfois le résultat.

Quand les ulcères de la peau ont duré long-temps, ce tissu a parfois subi une telle altération que tout antiphlogistique, tout astringent est inutile; il faut enlever la partie avec le fer ou le caustique pour obtenir une surface nouvelle susceptible de cicatrisation.

Les végétations de la peau doivent être réprimées de la même manière; mais si l'on ne parvient à faire cesser l'inflammation qui en est l'origine, si la disposition du système sanguin reste la même, elles repullulent sans cesse et sont quelquefois intarissables.

Quand la dermatite ne se borne pas à déterminer la rougeur de la peau, si l'inflammation est peu intense et peu prolongée, le seul résultat est, plus tard, la desquamation de l'épiderme. Si elle est plus intense, il se manifeste un soulèvement plus ou moins étendu et parfois multiple de l'épiderme, que l'on voit soulevé par de la sérosité amassée en abondance. *Voyez* VÉSICATOIRE.

Toute inflammation intense et un peu étendue de la peau détermine l'accélération du mouvement circulatoire; souvent cette accélération précède l'apparition de la chaleur et même de la rougeur de ce tissu; dans ce cas la phlegmasie cutanée a souvent été précédée d'une irritation gastrique intestinale, nasale, bronchique ou génitale; mais il est faux que les inflammations de la peau ne puissent, sans l'intermédiaire des membranes muqueuses, surtout gastriques, donner lieu aux phénomènes dont l'ensemble et la cause ont été appelés *fièvre*.

Toute inflammation de la peau qui survient dans le cours ou bien au déclin d'une phlegmasie interne, doit être respectée si elle n'est pas trop intense, si la phlegmasie interne s'amende à mesure que l'externe se développe, à moins que celle-ci ne soit le résultat d'une trop grande chaleur, de la compression d'une région de la peau, ou de la malpropreté. L'érysipèle, le charbon, le furoncle, le psydracia sont quelquefois d'un heureux augure en pareil cas.

L'*hémorragie* de la peau, ou *dermatorragie*, est une maladie rare, excepté quand l'épiderme a été enlevé et surtout le derme entamé ou ulcéré. Le cas le plus simple de ce genre

est le suintement sanguin que provoque la réapplication d'un vésicatoire sur une partie de la peau dont l'épiderme a été enlevé par ce même moyen. Le sang ruissèle à la surface de la peau comme il le ferait à la surface de la lèvre d'une plaie. L'hémorragie cutanée a été observée dans le cours d'inflammations viscérales, et plus encore dans la dernière période de ces phlegmasies près de devenir funestes, et cela sans que l'état du malade se soit amélioré. On l'a vue survenir primitivement dans quelques cas très-peu communs. On ne peut hasarder aucune généralité plausible sur cet état morbide, ni sur le traitement qu'il réclame.

Que sait-on sur les altérations de texture de la peau? Presque rien, parce que l'anatomie pathologique n'a encore appris que bien peu de chose sur l'état du derme, du tissu papillaire, du tissu réticulaire, dans les maladies de cette membrane. Où sont les relations de dissections soignées de la peau dans les ecchymoses, le furoncle, l'anthrax, la variole, la gale, les dartres, l'ictère. Qui a disséqué attentivement la peau des lépreux? Il y a autant à faire pour la pathologie de la peau qu'on a fait jusqu'ici pour les maladies des membranes muqueuses.

Nos nosographes parlent des névroses de la vue, de l'ouïe, de l'œil, de l'oreille; pourquoi n'ont-ils pas fait mention des névroses du toucher, de la peau? On commence à avoir quelques idées sur l'insensibilité de ce tissu, simple ou compliquée de paralysie. On ne sait presque rien sur les hallucinations du toucher. La peau est-elle susceptible d'un état analogue à ce qu'est l'amaurose pour l'œil?

Considérée sous le point de vue séméiotique, comme siége de phénomènes sympathiques, la peau mérite encore l'attention du médecin.

Une peau rougeâtre, pleine de sang, chaude, et qui paraît épaissie, une chaleur halitueuse, annoncent un surcroît d'activité circulatoire, provenant d'un excès de force dans les contractions du cœur, par l'influence d'un foyer d'irritation.

La pâleur de la peau, son affaissement, sa sécheresse, une teinte brunâtre, un aspect terreux, dénotent la faiblesse des contractions du cœur, la lenteur du mouvement circulatoire qui n'est pas incompatible avec la fréquence du pouls; par l'influence d'un foyer d'irritation vaste, douloureux ou très-profond, si la peau est chaude; par l'épuisement de l'action nerveuse ou cardiaque, quand la peau est froide; lorsque c'est à la fin d'une maladie prolongée, ou par la suspension de l'action nerveuse et de l'action cardiaque, quand cet état survient subitement.

En général la peau est chaude et halitueuse dans la période d'intensité des phlegmasies des parenchymes, chaude et sèche dans celle des phlegmasies des membranes séreuses, chaude et âcre dans celle des phlegmasies gastriques. Mais il ne faut pas se borner à des signes isolés, car au début de toutes les phlegmasies internes un peu intenses ou intermittentes, et plus encore dans la dernière période des phlegmasies internes mortelles, la peau est froide et décolorée, quelquefois le siége de l'inflammation.

PEAUCIER, adj. et s. m.; nom donné par les anatomistes à un muscle, ou plutôt à une sorte de membrane charnue très-mince, quadrilatère, plus large en haut et en bas qu'au milieu, qui s'étend de chaque côté sur les parties latérales et antérieures du cou, depuis le haut de la poitrine jusqu'au bas de la face. Les fibres qui constituent cette membrane naissent dans le tissu cellulaire adipeux qui couvre le sommet des muscles grand pectoral et deltoïde, et descendent quelquefois presqu'au niveau de la quatrième côte. Dirigées obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans, celles d'un côté se rapprochent de celles de l'autre vers la base de la mâchoire, et s'entrecroisent avec elles au-dessous de la symphyse du menton, où les plus internes se terminent dans la peau; les externes se fixent à la ligne oblique externe de la mâchoire inférieure. Quelques-unes de ces dernières traversent le muscle triangulaire des lèvres, et s'étendent jusqu'à la commissnre, avec les divers muscles de laquelle on les voit sensiblement se confondre. Ce muscle, situé immédiatement sous la peau, dont un tissu cellulaire serré et peu chargé de graisse le sépare, abaisse et tire en dehors la commissure des lèvres, abaisse la peau de la joue et celle du cou, qu'il fronce en travers, concourt faiblement à l'abaissement de la mâchoire inférieure, et peut aussi élever la peau qui recouvre le haut de la poitrine.

PÊCHER, s. m., *amygdalus persica ;* petit arbre qui fait partie du genre AMANDIER, et qu'on cultive en Europe à cause de ses fruits, qui font l'ornement de nos vergers et de nos tables. En effet, la pêche flatte à la fois le toucher, l'odorat, la vue et le goût. C'est un fruit en même temps agréable et sain, dont la culture a produit une multitude de variétés, en le perfectionnant d'une manière surprenante. Les amandes contiennent de l'acide hydrocyanique.

Depuis long-temps le pêcher est célèbre en médecine, à raison de la propriété purgative de ses fleurs, dont on prépare un sirop, qu'on emploie, surtout chez les enfans, à la dose de deux gros jusqu'à une et quelquefois même jusqu'à deux onces.

PECTINÉ, adj. et s. m., *pectineus;* nom d'un muscle de la cuisse, dont il occupe la partie supérieure et antérieure. Ce muscle est allongé et aplati. Il représente une espèce de triangle, dont la base est tournée en haut. Fixé au bord supérieur du pubis, entre l'épine de cet os et l'éminence iliopectinée, où il s'attache par des fibres tendineuses très-courtes, il descend obliquement en dehors et en arrière; et, après s'être contourné sur lui-même, au niveau du petit trochanter, va prendre son insertion, par un tendon aplati, à la crête qui descend de cette apophyse à la ligne âpre du fémur, immédiatement au-dessous de l'insertion du tendon commun de l'iliaque et du psoas. Placé entre l'aponévrose crurale et l'articulation coxo-fémorale, il fléchit la cuisse sur le bassin, la rapproche de celle du côté opposé, et la fait tourner en dehors.

PECTORAL, adj., *pectoralis;* qui appartient ou qui a rapport à la poitrine.

Cavité pectorale est souvent employée comme synonyme de POITRINE, tandis qu'on ne devrait s'en servir que pour désigner l'intérieur de cette portion du tronc.

Sous le nom de *médicamens pectoraux* on désigne tous les agens médicinaux qui ont ou auxquels on attribue la propriété de calmer l'irritation, l'inflammation de l'organe pulmonaire, et même plus particulièrement ceux qui passent pour être propres à remédier aux affections de cet organe dont la toux est le caractère le plus saillant. Créé, comme la plupart des termes de la matière médicale, lorsque la médecine se réduisait à l'étude pure et simple des symptômes, sans nul égard à leur source, ce mot n'a réellement point de sens; ou, si l'on veut lui en donner un, il faut appliquer l'épithète de *pectorale* à toute médication susceptible d'agir efficacement dans les affections des poumons, ce qui embrasse la plupart des moyens que la médecine peut mettre en usage. Il n'y a pas de substances pectorales dans le sens qu'on attribue vulgairement à ce mot. Les prétendus pectoraux ne sont que des adoucissans appliqués à la surface gastro-intestinale, et qui n'exercent, quand ils agissent, qu'une influence secondaire sur les maladies de la poitrine, soit en diminuant l'irritation coexistante de l'estomac, soit en empêchant qu'elle ne s'établisse.

Deux muscles sont désignés, par les anatomistes, sous le nom de *pectoraux*. Ce sont le *grand* et le *petit pectoral*.

Le *grand pectoral* est un grand et large muscle aplati et triangulaire, qui occupe la partie supérieure et antérieure de la poitrine et le devant de l'aisselle. C'est le plus grand et le plus considérable de tous ceux qui garnissent la cage osseuse de la poitrine en devant. Son sommet, beaucoup plus épais

que sa base, est tourné en dehors vers le bras. Il naît, par de courtes fibres tendineuses, de la moitié interne du bord antérieur de la clavicule, de la face antérieure du sternum, et de celle du cartilage de la cinquième côte, et confond inférieurement ses insertions avec celles du grand oblique, et quelquefois même aussi avec celles du muscle droit du bas-ventre. La portion qui provient de la clavicule est souvent séparée du reste par un intervalle plus ou moins considérable, comme aussi celle qui tire son origine du sternum offre fréquemment une ou plusieurs scissures plus ou moins profondes à son bord antérieur. Les fibres charnues supérieures sont obliques de haut en bas, les moyennes transversales et les inférieures obliques de bas en haut, de manière qu'elles convergent toutes en dehors, en se recouvrant mutuellement, vers un tendon très-robuste, replié sur lui-même d'avant en arrière et de bas en haut, qui passe au-dessus de celui de la longue tête du muscle biceps brachial, et qui va s'attacher à la lèvre antérieure de la coulisse bicipitale, en se confondant avec celui du grand dorsal, et envoyant une expansion à l'aponévrose du bras. Ce muscle ramène le bras en devant et en dedans, l'abaisse par sa partie inférieure, et le relève par la supérieure. Quand l'humérus est fixé, il élève les côtes et le sternum, et devient ainsi un muscle inspirateur.

Le *petit pectoral*, placé au-dessous du précédent, et beaucoup plus faible que lui, est mince, aplati et triangulaire. Il s'attache, en dedans, par trois ou quatre languettes, à la face antérieure et au bord supérieur des troisième, quatrième et cinquième côtes, rarement aussi de la sixième. Ses fibres montent, en convergeant, vers le bras, de manière qu'il devient à la fois plus épais et plus étroit. Elles s'insèrent à un tendon qui prend son attache à la partie antérieure du bord interne de l'apophyse coracoïde, jusqu'à son sommet, et il s'unit avec les muscles brachial et biceps. Ce muscle entraîne l'omoplate en avant, en bas et en dedans ; dans le cas où le bras est fixé, il soulève celles des côtes auxquelles il prend ses insertions.

PECTORILOQUIE, s. f. ; nom donné par Laënnec au bruit qu'on discerne lorsqu'on entend la parole, à travers la cavité de la poitrine, au moyen du stéthoscope.

Chez un homme bien portant qui parle, l'air qui résonne dans les divisions bronchiques fait éprouver à la poitrine un frémissement qui est plus appréciable à la main qu'à l'oreille, lors de la fonction de la voix, et qui est surtout évident à la racine des poumons. Le stéthoscope, promené sur les différens points de la poitrine, fait percevoir, outre ce frémissement, une sorte de retentissement de la voix, également plus dis-

tinct qu'ailleurs à la racine des poumons, c'est-à-dire à l'aisselle, entre les omoplates et vers l'extrémité sternale de la clavicule. On ne reconnaît, dans ce murmure, ni l'articulation des paroles, ni le genre de son propre à l'individu. Mais si le sujet qu'on explore, au lieu d'avoir les poumons sains, les a ulcérés, si un ramuscule bronchique communique avec cette cavité, la voix semble alors passer en partie par cette caverne pour traverser le canal du stéthoscope placé immédiatement au-dessus, et arriver à l'oreille de l'observateur. C'est là ce qu'on appelle la *pectoriloquie*, dont on peut se faire une idée en appliquant le stéthoscope sur le larynx ou la trachée-artère.

Ainsi la pectoriloquie est l'annonce de l'existence d'une cavité ulcéreuse dans le poumon. Elle devient d'autant plus prononcée que cette cavité est plus voisine de la surface de l'organe, et n'est jamais plus frappante que quand le viscère adhère d'une manière intime à la plèvre costale, et que les parois de l'ulcère forment presque immédiatement une portion de celles de la poitrine.

Lorsqu'elle présente complétement les signes qui viennent d'être indiqués, et qui la caractérisent, la pectoriloquie est évidente. Mais elle ne les offre pas toujours, du moins bien développés. On dit alors qu'elle est douteuse. C'est ce qui arrive lorsqu'en appliquant le stéthoscope sur un certain point de la poitrine, la voix du malade semble un peu plus aiguë, et légèrement tourmentée, à la manière de celles des ventriloques, ou qu'elle retentit sous l'instrument avec plus de force qu'elle n'en a à l'oreille nue, sans que d'ailleurs elle paraisse évidemment passer par le cylindre. Cette espèce de pectoriloquie ne doit pas être confondue avec la précédente, et l'on n'en peut rien conclure, dans beaucoup de cas, lorsqu'elle n'existe qu'entre le bord interne de l'omoplate et la colonne vertébrale, vers les points correspondans à l'origine des bronches, ou sous l'aisselle, ou à la réunion de la clavicule avec le sternum, puisqu'on l'entend là chez un sujet maigre et à voix aiguë, mais d'ailleurs sain. Quand, au contraire, elle existe au-dessus de la troisième ou de la quatrième côte, d'un côté seulement, et non de l'autre, elle autorise à soupçonner l'existence d'une excavation dans le poumon; et, si en même temps elle n'existe pas dans les points indiqués ci-dessus, la présomption équivaut à une certitude complète : on doit alors seulement penser que la caverne est située profondément dans le tissu du poumon, ou qu'elle est encore en grande partie remplie de matière tuberculeuse incomplétement ramollie.

La pectoriloquie est d'autant plus évidente que la voix du malade a un timbre plus aigu. C'est chez les femmes et les

enfans qu'on l'observe de la manière la plus frappante, et qu'on doit par conséquent se mettre le plus en garde contre la pectoriloquie douteuse, qui existe naturellement sur certains points de la poitrine. Chez les hommes à voix très-grave, au contraire, elle est souvent imparfaite, et quelquefois douteuse, lors même qu'il existe dans le poumon des cavernes dans l'état le plus propre à la produire. Plus la voix est grave, et plus elle résonne fortement dans la poitrine; le frémissement des parois thoraciques est alors si intense, chez certains sujets, qu'il masque en quelque sorte la pectoriloquie. La voix, trop agitée ou comme tremblante, semble ne pouvoir s'introduire dans le stéthoscope, et retentit seulement à son extrémité avec une force et un volume souvent doubles ou triples de ceux qu'elle présente à l'oreille libre. La différence de la résonnance de la voix dans le point malade et les autres parties de la poitrine devient alors tellement grande, que la certitude de l'existence d'une cavité ulcéreuse est tout aussi complète que si elle était annoncée par la pectoriloquie la plus parfaite. Lorsque les excavations pulmonaires sont extrêmement vastes, la pectoriloquie se change en un phénomène analogue chez les hommes à une voix peu grave, et quelquefois même chez les femmes dont la voix n'est pas très-aiguë.

Ainsi, lorsque, chez un phthisique, la pectoriloquie évidente vient à se changer en un son plus fort, plus grave, et analogue à la voix transmise à quelque distance par une trompe ou par un cornet de papier, ce phénomène indique que de nouveaux tubercules se sont ramollis, qu'ils ont produit des cavités qui s'ouvrent dans la première, et par conséquent que la maladie fait des progrès.

Au reste, la distinction des diverses nuances de la pectoriloquie présente quelques difficultés, et demande beaucoup d'habitude, de manière qu'on doit être circonspect sur les résultats de l'emploi de ce moyen d'exploration.

D'autres circonstances encore ajoutent aux difficultés du diagnostic par la pectoriloquie; c'est qu'elle est parfois intermittente, et qu'elle peut même manquer tout à fait, dans certains cas, malgré la présence d'excavations pulmonaires. Le premier cas a lieu lorsque les cavernes s'ouvrent dans des ramifications bronchiques d'un petit diamètre, ou par des ouvertures qu'obstruent en partie les crachats ou la matière tuberculeuse; pendant cette occlusion de l'ouverture, la voix ne pénètre pas dans l'ulcération, et ne peut arriver au stéthoscope. Il faut donc répéter l'exploration à plusieurs reprises avant de prononcer que la pectoriloquie n'existe pas. Le second cas a lieu, lorsque les cavités qui contiennent la matière tuberculeuse ramollie ne communiquent point encore avec les

bronches, même lorsqu'elles n'y communiquent que par des ouvertures étroites, situées très-profondément dans le tissu de l'organe; d'où il résulte que la voix ne s'y introduit pas, ou qu'elle y pénètre trop faiblement pour être appréciable.

La pectoriloquie présente encore, sous le rapport de la voix, deux variétés que Laënnec a désignées sous le nom de *tintement métallique* et d'*égophonie.*

Le tintement métallique est un bruit transmis par le stéthoscope, semblable à celui que produirait un grain de sable tombant dans une coupe de métal ou de porcelaine. Il se fait entendre quand le malade parle, respire ou tousse, tandis que la pectoriloquie, proprement dite, n'a lieu que quand il parle. Laënnec conjecture qu'il est produit par l'agitation de l'air à la surface d'un liquide épanché dans la cavité de la poitrine, par la respiration, la voix ou la toux, comme il arrive dans l'hydrothorax ou dans une vaste cavité tuberculeuse, à moitié remplie de pus, existant dans le poumon. Il indique toujours des conduits fistuleux communiquant des bronches aux cavités ulcérées des poumons, ou des fistules de la plèvre communiquant aux ramifications bronchiques, comme cela a lieu dans la vomique ou l'empyème, lorsque le pus passe par les bronches pour être expectoré.

Le tintement métallique, beaucoup plus rare que la pectoriloquie, et même que le phénomène suivant, diffère de l'un et de l'autre, en ce qu'il n'y a que du bruit produit et non des paroles transmises. On ne devrait donc pas le rapporter à la pectoriloquie.

L'égophonie, ou pectoriloquie chevrotante, est une voix saccadée, semblable à celle de la chèvre, qui parvient, au travers du stéthoscope, au lieu d'une voix nette et naturelle. On l'observe chez les sujets qui ont un commencement d'épanchement dans la poitrine, à la hauteur juste du niveau de cet épanchement. Ainsi on la rencontre dans l'hydrothorax commençant, et dans les épanchemens pleurétiques. Elle cesse lorsque la poitrine est totalement remplie par le liquide épanché, reparaît quand le niveau du liquide baisse par l'effet de l'absorption qui le fait disparaître en partie, et cesse lorsque l'épanchement est tout à fait résolu. Laënnec la croit due à la résonnance de la voix dans les tumeurs bronchiques, transmise par la surface du liquide. On l'entend dans une grande étendue de la poitrine, et non dans un seul point, comme la pectoriloquie proprement dite, c'est-à-dire, dans tout le contour de la poitrine qui répond à la hauteur du liquide. Cependant elle peut se suspendre momentanément, comme cette dernière, pendant quelques minutes et même pendant quelques heures, et par le même motif qu'elle, par le fait de l'obstruc-

tion des bronches par la matière des crachats. Du reste, on ne la perçoit non plus que quand le malade parle. Elle se trouve quelquefois réunie à la pectoriloquie dans le même sujet, lorsqu'il existe à la fois des cavités ulcéreuses dans le poumon, et un épanchement pleurétique peu considérable dans le point correspondant. Lorsque le malade guérit, le chevrotement peut disparaître longtemps avant la pectoriloquie, et même celle-ci peut persister après la guérison, par la transformation de la cavité ulcéreuse en fistule.

PÉDICULE, s. m., *pediculus*. Les chirurgiens appellent ainsi la base de toute tumeur, soit interne, soit externe, lorsqu'elle est beaucoup plus étroite que le corps même de la tumeur, circonstance toujours favorable, en ce qu'elle facilite l'extirpation de cette dernière, et permet de la combattre par l'application d'une ligature.

PÉDIEUX, adj., *pediœus*; qui a rapport au pied.

L'*artère pédieuse*, continuation de la tibiale antérieure, commence au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, se porte en avant, sur la partie interne et supérieure du tarse, couverte d'abord par le muscle extenseur du gros orteil, et placée ensuite en dehors de son tendon, en dedans du muscle pédieux. Parvenue à l'intervalle des deux premiers os du métatarse, elle s'engage sous le premier tendon du pédieux, traverse le muscle interosseux correspondant, et gagne la plante du pied. Dans ce trajet elle donne des branches en dedans et en dehors : ces dernières se répandent sur la face dorsale du pied. On en distingue deux principales, appelées *tarsienne* et *métatarsienne*. A la plante du pied, l'artère se porte en dehors, s'engage entre les interosseux plantaires et l'accessoire du grand fléchisseur, et se partage en deux branches. L'une, dirigée en avant, suit l'intervalle des deux premiers os du métatarse, traverse le petit fléchisseur, et se divise en deux rameaux qui suivent le bord externe du gros orteil et le bord interne du second. L'autre continue de suivre la direction du tronc en dedans, s'anastomose bientôt avec le plantaire externe, et concourt ainsi à former l'arcade plantaire.

Le *muscle pédieux*, situé à la région dorsale du pied, est mince et aplati. Il naît de la face supérieure du calcanéum, du ligament calcanéo-astragalien externe, et du ligament annulaire du tarse. Se portant de là obliquement en devant et en dedans, il ne tarde pas à se partager en quatre languettes, terminées par autant de tendons qui croisent ceux du grand extenseur, traversent le métatarse, et gagnent les premières phalanges des quatre orteils internes, à l'extrémité postérieure desquels ils s'attachent. Ce muscle étend les quatre premiers orteils, et les dirige un peu en dehors.

PÉDILUVE, s. m., *lavipedium*, *pediluvium ;* bain de pied, immersion plus ou moins prolongée des pieds dans de l'eau simple ou chargée de quelque substance médicamenteuse.

De même que tous les bains, lorsqu'ils ne sont pas employés uniquement dans des vues de propreté, les pédiluves agissent en raison de la température du liquide, et les substances qu'on y ajoute souvent, comme le chlorure de sodium, l'acide hydrochlorique et la moutarde, ne tendent qu'à aider ou fortifier l'action de la chaleur. L'excitation locale qu'ils produisent y appelle le sang en plus ou moins grande abondance, suivant son degré d'intensité, suivant aussi sa durée, et les rend par conséquent dérivatifs. Aussi les emploie-t-on toutes les fois qu'il peut être utile de détourner le sang vers les membres inférieurs, comme dans la saignée du pied, et les accidens causés par une congestion du sang vers les parties supérieures, notamment vers la tête. Dans ce dernier cas, il faut que le bain soit aussi chaud que possible pour produire une vive rubéfaction de la peau, effet qui résulte surtout de l'addition de la moutarde et de l'acide; et à sa sortie on a soin de tenir les pieds chaudement enveloppés pour qu'ils ne se refroidissent pas. *Voyez* BAIN.

PÉDONCULE, s. m., *pedunculus ;* petit pied. Les anatomistes ont donné le nom de *pédoncules du cerveau*, à deux productions médullaires situées au devant de la protubérance annulaire, derrière les corps striés, et qui résultent de l'écartement des deux moitiés latérales de la moelle allongée; celui de *pédoncules du cervelet*, aux corps restiformes ; et celui de *pédoncules de la glande pinéale*, à deux cordons médullaires, qui, des côtés de la glande pinéale, se portent au bord interne de la face supérieure des couches optiques.

PÉLICAN, s. m., *pelicanus;* instrument de chirurgie, peu usité maintenant, dont on se servait autrefois pour arracher les dents. Il se compose d'une tige terminée, d'un côté, par un manche, et de l'autre, par une surface dentelée. Un crochet recourbé se visse sur elle, près du manche, et va se rabattre sur la surface dentelée. Pour s'en servir, on applique cette dernière sur l'alvéole; le crochet embrasse alors la dent, qu'on renverse et qu'on emporte en imprimant un mouvement de bascule à l'instrument.

PELLAGRE, s. f., *pellagra ;* maladie endémique en Italie et en Espagne. Cette maladie, réputée spécifique, a pour caractère le plus apparent, une inflammation érysipélateuse périodique qui se développe surtout aux parties du corps qui sont en contact avec l'air et les rayons du soleil ; et, pour caractères internes, différens phénomènes d'irritation abdominale et céphalique. On l'a successivement considérée comme

une *dermatagre*, un *érysipèle périodique nerveux chronique*, une *paralysie scorbutique*, un *scorbut* particulier aux vallées voisines des Alpes, une *impétigine*, une *ichthyose*. On pense généralement qu'elle n'a pas toujours existé en Italie; cependant F. Frapolli croit qu'elle est aussi ancienne que l'action du soleil dans ce pays, et Strambio pense qu'elle existait avant 1715, quoiqu'elle n'ait commencé à fixer l'attention des médecins du Milanais qu'en 1740. Il est probable qu'il règne en ce moment dans quelques cantons de la France, ou de toute autre partie de l'Europe, quelque maladie qu'on étudiera plus tard avec soin, et qu'alors on croira nouvelle. Ce n'est pas que les circonstances sociales venant à changer, telle maladie ne puisse devenir plus rare, telle autre plus commune; mais qu'il puisse naître une maladie tout à fait nouvelle, nous ne le pensons pas, à moins qu'on ne nous explique comment il se fait que les maladies nouvelles qui nous désolent datent pour la plupart de l'époque de la renaissance des lettres, de la découverte de l'imprimerie, ou de l'opposition d'une nouvelle doctrine.

Les prodromes de la pellagre sont, pendant plusieurs semaines, ou seulement plusieurs jours, un sentiment de malaise, d'abattement de lassitude générale et de tristesse, une répugnance parfois marquée pour les travaux accoutumés; la faiblesse n'a pas toujours lieu, et l'éruption se renouvelle quelquefois pendant plusieurs années avant qu'elle n'ait paru. La tristesse devient peu à peu habituelle; le malade éprouve ordinairement des tiraillemens douloureux, un sentiment de tension, de chaleur brûlante et de prurit à la région dorsale des mains, supérieure des pieds.

Une tache arrondie, plus ou moins étendue, se manifeste sur ces parties ainsi qu'au cou, sur le haut de la poitrine, le long des jambes, quelquefois au bout du nez, sur les lèvres et au front, sous les bras, au milieu des cuisses et sous les jarrets. Ces taches deviennent d'un rouge-rosé, luisant, puis légèrement livide; il se forme souvent de larges phlyctènes, contenant une sérosité roussâtre. Après un temps plus ou moins long, l'épiderme tombe en petites écailles minces et blanches; quelquefois cette desquamation furfuracée a lieu sans que la peau soit devenue rouge ni chaude; quand elle est terminée, la peau reprend sa coloration habituelle; elle reste seulement plus fine, plus lisse, et légèrement luisante. La durée de cette éruption est de sept à huit mois. Elle débute en mai ou avril, cesse en août ou septembre, reparaît l'année suivante, et cesse aux mêmes époques, et ainsi de suite. Quelquefois il n'y a qu'une simple desquamation, sans inflammation apparente, la première année; d'autres fois, au

contraire, la desquamation ne succède pas à l'inflammation la seconde ou la troisième année.

Ces accès reparaissent pendant trois, quatre, cinq années et davantage; la santé est d'abord très-bonne en hiver; mais, à mesure que la maladie devient plus ancienne, les intervalles sont moins avantageux, le sujet conserve de la faiblesse, même pendant les froids. Il arrive un instant où l'épiderme ne se détache plus aussi aisément; la peau devient de plus en plus livide, et des croûtes épaisses se forment peu à peu. On a vu les cheveux devenir comme roussis, et alors l'épiderme du crâne tomber en écailles furfuracées, et les cheveux eux-mêmes tomber peu à peu. Les ongles deviennent quelquefois difformes et tombent.

Les autres symptômes qui, parfois, ont été jusque-là peu marqués, fixent alors l'attention du sujet; la faiblesse devient de plus en plus marquée, elle se fait surtout sentir dans les membres pelviens, les jambes ne peuvent plus porter le poids du corps, il y a un tremblement général quand le malade se tient debout.

Vers la même époque, les phénomènes suivans se manifestent : pesanteur d'estomac, douleurs à l'épigastre, vomissemens, coliques très-intenses, flatuosités; appétit ordinaire ou vorace; céphalalgies violentes, vertiges, regard sombre et mélancolique, ou fixe et effaré; vue trouble, diplopie ou amblyopie, pouls petit et faible, n'offrant quelquefois pas plus de trente battemens par minute.

La bouche devient douloureuse, tendue, brûlante, et s'enflamme dans sa totalité; la membrane palatine se gerce, les gencives se tuméfient et saignent, l'haleine devient fétide, les dents noircissent, se déchaussent et tombent; la langue est sèche, fendillée, noirâtre ou rouge, et couverte d'un limon blanchâtre; des pustules brunes ou noirâtres, puis des ulcérations se manifestent sur la membrane buccale. De tous ces symptômes il n'y a souvent qu'une ardeur incommode dans la bouche et une soif excessive. Dans certains cas, le voile du palais prend une extension extraordinaire au point de gêner et d'altérer la voix.

Une salive abondante et salée est sécrétée, surtout le matin; une humeur limpide coule des yeux et du nez; les règles se suppriment le plus souvent. Quelquefois le vagin devient le siége d'un écoulement blanc ou jaunâtre, d'inflammation érysipélateuse et d'ulcères sur les parties voisines, attribués à l'âcreté de la matière de cet écoulement; la dysenterie a lieu rarement; la diarrhée la plus rebelle est un des phénomènes les plus ordinaires. Chez certains individus, au contraire, une constipation opiniâtre a lieu pendant toute la durée de l'af-

fection. Il y a des borborygmes, les vents s'échappent le plus ordinairement par en haut. L'urine est limpide, abondante, peu colorée.

La respiration est presque toujours gênée, il y a quelquefois de la toux avec ou sans expectoration.

Outre la céphalalgie, la tristesse, le vertige, le trouble de la vue et la faiblesse, il se manifeste une foule d'autres phénomènes dans le système nerveux. Un des plus remarquables est un sentiment d'ardeur qui, de toute la tête, s'étend le long de l'épine aux membres pelviens jusqu'à la plante des pieds; quand il est très-intense, le malade ne peut dormir; le contact des rayons solaires augmente cette ardeur, et la rend insupportable. Propagé dans toutes les ramifications nerveuses, il en résulte des états convulsifs variés à l'infini, tels que le tétanos, le trismus, la chorée, le tic douloureux, la carphologie, les fourmillemens, les soubresauts des tendons, et même des accès épileptiques. Il semble au malade qu'une flamme part de son cerveau, et arrive rapidement à ses yeux, à ses oreilles et à ses narines. Parfois il croit entendre le bruit d'un moulin, d'un marteau frappant sur une enclume, le son d'une cloche, le chant d'une cigale, le bourdonnement d'une abeille.

Le délire survient; quand il est aigu, le pouls est accéléré, dur, par intervalles, et l'accès se termine par des sueurs qui exhalent une odeur désagréable analogue à celle du pain moisi; quand il est chronique, et c'est le plus fréquent, le malade tombe dans la mélancolie, l'idiotisme, la démence; il est triste, morose, il pleure sans motif. La pellagre est une des causes les plus puissantes de la folie dans le Milanais, ou du moins la folie se développe très-fréquemment chez les pellagreux.

Le malade maigrit, arrive peu à peu au dernier degré d'émaciation, et tombe dans un état tel qu'il ressemble en quelque sorte à une momie, ou paraît avoir été brûlé. Plus rarement l'embonpoint se conserve; dans ce cas l'ascite, et plus souvent l'anasarque, termine la vie du sujet.

La disposition au suicide est presque générale chez les pellagreux; et ce qu'il y a de remarquable, si ce fait ne dépend pas de certaines localités, c'est qu'ils terminent de préférence leur vie par la submersion; de là le nom d'*hydromanie* donné par Strambio au penchant qui les porte à se détruire: cependant il est avéré qu'une femme atteinte de cette maladie se jeta par une fenêtre, et qu'un autre malade de ce genre se précipita dans le feu.

Telle est l'histoire générale de la pellagre. Cette maladie offre presque toujours des intermissions; souvent on la voit passer du premier degré au dernier, sans parcourir les intermédiaires. Parfois l'inflammation de la peau se manifeste seule

à plusieurs reprises sans autres symptômes; tout au contraire il arrive quelquefois qu'à l'époque du printemps où l'on s'attend à voir reparaître l'inflammation de la peau, des coliques seules se font sentir. Un changement marqué dans la manière de vivre a suffi plusieurs fois pour suspendre les progrès de la maladie.

La pellagre n'attaque guère que les personnes qui cultivent la terre, et principalement les plus misérables d'entre elles; on la voit très-rarement chez les habitans des villes; encore ceux qu'elle y attaque sont-ils nés au village, ou de parens villageois. Strambio l'a vue quelquefois sévir à la campagne sur des artisans et autres personnes qui ne travaillent pas à la terre. En 1784, il a calculé que les pellagreux formaient à peu près le vingtième de la population des campagnes, où cette maladie règne davantage; il pense aujourd'hui qu'elle est devenue moins commune et moins intense dans quelques villages, et que, dans certaines années, elle est plus rare et plus légère. Elle règne surtout en Lombardie entre le Pô et les Alpes, et particulièrement dans le ci-devant département d'Ombronne, et plus encore à Soma et dans ses environs. Elle s'étend dans les états vénitiens et sur les côtes de l'Adriatique, dans le Frioul, entre les Alpes carinthiennes et les côtes septentrionales du golfe de Venise : c'est elle évidemment qui règne dans les Asturies, surtout aux environs d'Oviédo, sous le nom de *mal de la rosa*. Il paraît seulement qu'en Espagne elle donne lieu à la formation de croûtes hideuses, après la chute desquelles il reste des cicatrices indélébiles, ce qui n'a lieu que rarement en Italie.

Les femmes sont plus sujettes à la pellagre que les hommes; la proportion est de 7 ou 8 à 1. Michel Comini prétend qu'après l'âge de trente ans elles n'y sont pas plus exposées que les hommes. Les sujets mélancoliques, bilieux, sanguins, d'une constitution sèche, la contractent plus aisément que tous les autres.

La pellagre n'épargne aucun âge; elle attaque les enfans même dès les premiers temps de leur existence, lorsqu'ils sont à la mamelle; l'altération de la peau, du moins des bras et des pieds, est le premier phénomène que l'on observe chez eux; elle se renouvelle d'année en année; les autres symptômes apparaissent successivement, et la mort en est presque toujours le résultat.

Cette maladie n'est point contagieuse, selon l'opinion de tous les médecins qui l'ont bien observée; de plusieurs paysans habitant la même demeure, les uns en sont atteints, les autres en sont exempts; de deux époux, l'un en est frappé sans la communiquer à l'autre.

On a comparé la pellagre à l'éléphantiasis, au scorbut; de

ces deux comparaisons, la première n'est pas dénuée de vraisemblance, si, par éléphantiasis, on entend désigner la lèpre rouge. Quant à la seconde, elle porte à faux, à moins que toutes les maladies dans la dernière période desquelles les gencives deviennent saignantes et les membres abdominaux très-faibles, ne doivent être regardées comme un scorbut proprement dit. On a voulu aussi que la pellagre fût une variété de la miliaire; c'est là une autre question qu'il faudrait examiner avec plus d'extension que nous ne pouvons en prendre dans cet article. Il est certain qu'il y a le plus grand, le plus intime rapport entre toutes les phlegmasies de la peau. Comme il y a des phénomènes de tristesse, de défiance, de tendance au suicide, on doit peu s'étonner que la pellagre ait été rapprochée de l'hypocondrie. Si elle eût regné, ou plutôt si on l'eût observée en France il y a quelques années, on l'aurait rangée parmi les maladies ataxiques. Il est évident que les médecins italiens ayant vu l'exanthème manquer parfois dans la pellagre, ils ont été par là conduits à ne voir cette maladie que dans ses phénomènes internes; car souvent, disent-ils, la pellagre n'est que symptomatique, surtout chez les habitans des villes, parce qu'en effet l'éruption est plus rare, et les irritations gastriques plus fréquentes.

La misère, la malpropreté excessive, la nourriture exclusive de végétaux, de pain de seigle mal préparé, mal cuit, de riz, de maïs, de millet, de blé sarrazin, la boisson qui n'est que de l'eau bourbeuse ou de la piquette acide : telles sont les autres causes auxquelles on attribue la pellagre. Strambio a très-bien remarqué que les enfans pauvres apportent une disposition à la contracter; c'est une vérité constante que les enfans naissent avec des prédispositions relatives aux conditions de la vie de leurs parens; ces prédispositions sont ensuite fortifiées, retardées ou anéanties, selon qu'ils demeurent au milieu de ces mêmes conditions ou s'en éloignent. Il pense que l'eau n'a pas autant d'influence qu'on l'a prétendu, puisque la pellagre est plus fréquente dans les districts secs et arides où l'eau est toujours puisée dans des ruisseaux limpides ou dans des puits profonds.

On a voulu que la pellagre dépendît de l'abus du sel marin ; mais elle ne règne pas dans des congrégations où l'on fait un grand usage de cet ingrédient. Marzari a prétendu que le maïs était la cause unique de cette maladie; on lui a répondu qu'il n'existe pas dans des contrées où l'on ne vit presque que de cette substance. Strambio n'attribue aucune qualité malfaisante à la bouillie de maïs; mais il considère le pain informe préparé avec le maïs, un peu de farine de seigle, et un tiers environ, ou la moitié de millet, le tout mélangé avec de l'eau

et un peu de levain, divisé en grosses masses qui s'aigrissent sans lever et s'encroûtent sans cuire à leur centre; il considère, disons-nous, ce pain, qui moisit en peu de jours, comme tout-à-fait insalubre, produisant des rapports acides, des vomissemens, des coliques, phénomènes qu'on n'observe point chez les paysans qui se nourrissent de bonne bouillie de maïs. Parmi ceux-ci, la pellagre est évidemment moins fréquente que chez ceux qui ne se nourrissent que de ce pain si défectueux. Enfin, il a observé la pellagre chez des sujets qui n'avaient jamais mangé de bouillie de maïs.

L'insolation a été regardée par Frapolli comme la cause unique de la pellagre. Strambio a réfuté cette exagération, en prouvant que, si l'on se préserve de l'éruption en restant à l'ombre, ou en se couvrant avec soin, on ne se soustrait pas ainsi aux autres phénomènes de la maladie. Toujours est-il démontré, même par la réfutation de Strambio, que l'éruption est due à l'insolation. Nous devons parler ici d'une particularité qui paraît avoir échappé à tous ceux qui ont écrit sur la pellagre : c'est que nos paysans, qui ont les pieds et les bras nus, et le haut de la poitrine découvert plus en été qu'en hiver, sont sujets à des rougeurs douloureuses de ces différentes parties, dans la saison où le soleil est le plus ardent. Un jeune chirurgien français a éprouvé quelque chose d'analogue, à la figure et aux mains, en traversant les plaines de la Champagne dans une voiture découverte. La rougeur et la chaleur cuisante se prolongèrent même après son retour dans Paris; sa santé ne fut d'ailleurs nullement altérée; déjà il avait éprouvé un phénomène du même genre en Espagne. Nul doute que si, dans ces circonstances, il eût été réduit à la mauvaise nourriture des paysans de la contrée, et obligé de se livrer à leurs travaux, tourmenté des mêmes chagrins, l'irritation de la peau jointe à ces causes n'eût déterminé en lui une irritation viscérale. Il nous est arrivé plus d'une fois de voir arriver dans les régimens de jeunes paysans dont la peau était telle qu'on la dit être dans la pellagre, et dont les voies digestives n'étaient pas dans un meilleur état. Le régime simple, mais salubre, de la caserne, la propreté et moins de fatigue suffisaient pour rétablir leur santé et remettre la peau dans son état à peu près primitif.

Chargé par Joseph II, en 1784, de la direction de l'hôpital des pellagreux à Legnano, Strambio a observé la pellagre avec soin pendant dix ans; il ouvrit avec attention tous les cadavres, et arriva directement à ce résultat, que le foyer de la maladie réside dans le bas-ventre, et que les altérations de la tête et du thorax ne sont que secondaires à celles des organes digestifs. Il ne décida point si le mal consistait dans une phlegmasie chronique, une atonie, une névrose ou quelque autre vice du foie,

de la rate, des voies alimentaires, et il en chercha inutilement la nature dans les qualités des humeurs; mais du moins il rejeta toute théorie humorale admise jusque-là pour expliquer le développement de la pellagre. Il est porté aujourd'hui à penser, avec Jourdan, et d'après ses propres recherches d'anatomie pathologique, qui jadis ne lui avaient fourni que l'idée du siége du mal; il est porté à penser, disons-nous, que la cause prochaine des phénomènes de la pellagre est une phlegmasie chronique du système gastro-intestinal. Les épanchemens séreux dans la cavité du péritoine, la distension de l'estomac, les ecchymoses de ce viscère, la distension des intestins, tantôt parsemés de taches rouges ou livides, tantôt comme enfumés, et tant d'autres désordres qu'il a trouvés dans l'abdomen, au foie et à la rate, le font pencher vers cette opinion. Cependant il doute encore, et désire de voir cette nouvelle théorie confirmée par des ouvertures plus exactes, et il persiste seulement à affirmer que le siége primitif du mal est dans le bas-ventre.

Partant des recherches cadavériques de Strambio, et les comparant avec la marche et les phénomènes successifs dont l'ensemble a été désigné sous le nom de pellagre, nous pensons qu'on en peut conclure que cette dénomination désigne tantôt un érythème par insolation, revenant à chaque printemps et finissant par se compliquer d'irritation gastro-intestinale intense, préparée par l'irritation de la peau, déterminée par un mauvais régime; tantôt au contraire une gastro-entérite, provenant de cette dernière cause favorisée par la chaleur, et déterminant une phlegmasie de la peau avec l'action concomitante de l'ardeur des rayons du soleil. Les phénomènes nerveux sont dus aux souffrances que les malades endurent à la peau et intérieurement, à l'action sympathique de toute gastrite chronique, au chagrin que leur cause un état jusqu'ici presque toujours incurable. Combien de fois ne voit-on pas des sujets couverts d'une dartre dévorante, en proie à un prurit insupportable, digérant à peine, et ne voyant plus aucun terme à leurs maux, désirer ardemment la mort, et même se la procurer! Quant au genre de suicide que préfèrent les pellagreux, c'est sans doute celui qui est le plus à leur portée. Les mêmes causes qui les portent à chercher la mort déterminent en eux le délire, comme il arrive dans toute vaste irritation qui s'étend aux deux surfaces de l'organisme.

Zanetti a recommandé les antiphlogistiques, le petit-lait avec les tamarins ou le nitrate de potasse, les émulsions, les saignées générales ou locales, l'application des sangsues à l'anus, aux tempes et aux narines, dans le traitement de la pellagre; Albera blâme cette méthode thérapeutique; Strambio pense que tout ce qu'on peut faire, c'est de modérer la violence des

accidens : les uns prescrivent les toniques, le vin, le quinquina, les viandes, le lichen d'Islande comme aliment et comme médicament; d'autres veulent qu'on supprime toute nourriture animale, et qu'on ne donne que des végétaux, du suc de pourpier, par exemple, à la dose de trois ou quatre onces intérieurement, et en frictions; il en est qui préconisent les bouillons de vipère, de grenouille, de lézard; d'autres se louent des antimoniaux, de la bardane, de la salsepareille, des mercuriaux. Enfin, on a conseillé la myrrhe, l'écorce d'orange, le marrube, la limaille de fer, la valériane, la millefeuille, la quintefeuille, la décoction blanche, la camomille, le simarouba, les martiaux, les antiscorbutiques, en un mot tout ce que renferment nos pharmacies. Localement, on a recommandé les lotions avec l'eau-de-vie, le suc de grande joubarbe, l'ail mêlé au miel, le petit-lait, l'application du feu.

C'est toujours l'empirisme qui fait les frais du traitement des maladies dont on ignore la source et la nature. Pourquoi, aujourd'hui que l'on connaît mieux la nature et le siége des irritations dont la réunion a reçu le nom de pellagre, n'aurait-on pas recours extérieurement aux bains généraux ou locaux mucilagineux ou acidules, aux cataplasmes émolliens, aux émissions sanguines, d'après les indications qui se présentent, aux boissons acidulées, au régime adoucissant et parfois à la diète, selon l'état des organes digestifs? Strambio nie formellement les succès que Gherardini, Albera et Odoardi assurent avoir obtenus par l'un ou l'autre de ces moyens; mais n'a-t-on pas trop souvent attaqué cette maladie, lorsque, sinon déjà incurable, du moins stationnaire, elle s'exaspérait, ainsi que tant d'autres, sous l'empire de moyens qui, plus tôt employés, l'auraient guérie, ou du moins en auraient ralenti les progrès?

Nous avons dit que le *mal de la rosa*, qui règne dans les Asturies, n'est qu'une variété de la pellagre. En effet, ce mal paraît tous les ans au printemps, selon Thierry, et disparaît vers la fin de l'été; il se manifeste à la partie dorsale des mains, du pied, au cou et à la poitrine; des croûtes se développent, tombent; la peau demeure lisse; l'éruption n'a quelquefois lieu que d'un seul côté du corps; la bouche est ardente, les lèvres sont sèches, les règles se suppriment; il y a des vertiges, des tremblemens, une morosité extrême, des pleurs sans sujet, tendance au suicide : ne sont-ce pas là les phénomènes de la pellagre? Par conséquent, tout ce que nous venons de dire de celle-ci s'applique au *mal de la rosa.*

C'est ici le lieu de parler du *mal rouge*, maladie qui se manifeste à la Guyane française dans les deux sexes, le plus souvent chez les nègres et les mulâtres, rarement chez les blancs, et qui attaque les personnes de tout âge, de tout rang, les

riches comme les pauvres, et surtout les sujets lymphatiques qui se nourrissent de poissons et d'alimens indigestes. On l'observe surtout à l'époque de la première dentition, lors de la puberté, et à l'époque de la cessation des règles pour les femmes; l'abstinence et les intempéries de l'air y prédisposent. La fumée dans laquelle les nègres déserteurs sont plongés, les suppressions de transpiration, en favorisent le développement.

Des taches rouges, non circonscrites, se montrent et s'étendent peu à peu, d'abord sur les épaules et les mains, au front, au nez et aux oreilles; bientôt au dos, aux cuisses et sur les pieds. Ces taches deviennent jaunâtres, et la sensibilité des parties de la peau sur lesquelles elles se manifestent, diminue. Le sujet paraît encore jouir d'une bonne santé; souvent il dit n'avoir jamais été malade; il est très-enclin aux plaisirs de l'amour; il a un penchant invincible pour le repos et la nonchalance; dans la torpeur, il éprouve une gêne fatigante dans les articulations. Le mal demeure borné à la peau durant un temps plus ou moins long. Peu à peu les lèvres, les joues, le front, les paupières, se gonflent, s'épaississent et contractent des duretés; la chaleur est augmentée; il y a de l'enrouement; mais d'ailleurs aucun phénomène qui dénote l'affection des organes intérieurs; la tuméfaction des parties externes que nous venons de nommer, augmente; l'aphonie devient plus marquée, des tubercules durs et insensibles se montrent, ou bien, à de petites pustules, des croûtes succèdent rapidement et fournissent un liquide sanieux; la peau devient rugueuse, le nez s'aplatit; les oreilles, d'un rouge sale, grossissent et se couvrent de tubercules, d'ulcères, d'où s'écoule une matière fétide; l'haleine est fétide, et le malade se plaint de lassitudes spontanées; malaise général, accélération irrégulière de la circulation; l'odorat se perd, la transpiration n'a plus lieu; l'urine est rare; elle est rouge, et elle a l'odeur de saumure gâtée; la soif est vive; la langue devient aride, croûteuse, sillonnée; les yeux sont rouges, enflammés, la respiration gênée; anorexie; désorganisation de la peau; ulcères profonds; tuméfaction des glandes lymphatiques; chute des poils et des cheveux, du nez, des oreilles, des doigts et des orteils; trouble des fonctions digestives.

Plus le sujet est jeune, plus il est vigoureux, plus les progrès du mal sont rapides; plus ils sont lents quand il est vieux: il est plus grave chez les nègres, les mulâtres et les Indiens que chez les blancs. Est-il contagieux? Rien ne le prouve; mais l'isolement sans rigueurs est conseillé par la prudence, sinon par la raison fondée sur l'expérience.

Le mal rouge détermine la mort quand il donne lieu à la formation d'ulcères, sauf les cas assez peu rares où il se pro-

longe, mais en demeurant stationnaire, et ne donnant lieu qu'à des tubercules. Le développement énorme du tissu cellulaire sous-cutané le complique fort souvent.

Si l'on réfléchit attentivement aux phénomènes de cette maladie, on y reconnaît le plus haut degré de la pellagre, et l'intermédiaire entre celle-ci et la lèpre tuberculeuse. Les soins de régime, de propreté, sont encore, parmi tous les moyens préconisés contre cette maladie, ceux qui ont été, sinon les plus efficaces, au moins les plus palliatifs. On a recommandé les bains de sang humain, le mercure, le bois de Tondin; de ces trois moyens, le premier ne peut être employé que chez les cannibales; le second a échoué trop souvent pour qu'on en fasse encore usage; le troisième n'a de vertus qu'aux yeux de l'empirisme. On a recommandé l'arsenic comme dans toutes les autres maladies qui résistent à des remèdes moins redoutables; comme si une substance devait devenir d'autant plus curative qu'elle est plus vénéneuse.

Un bon régime, les adoucissans à l'intérieur, des vêtemens légers, les bains mucilagineux, tels sont les moyens qu'indique l'analogie; s'ils échouent, alors on pourra, tout en en continuant l'usage, cautériser légèrement les plaques rouges, comme l'a conseillé Kéraudren, avant qu'il se forme à la peau des crevasses, des ulcères. *Voyez* LÈPRE.

PELVIMÈTRE, s. m.; instrument dont on fait usage pour mesurer les diamètres du bassin, et spécialement le diamètre sacro-pubien de son détroit abdominal.

Il est facile de concevoir, en réfléchissant au mécanisme de la parturition, que, de toutes les parties de l'anneau pelvien, le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal est celle dont il importe le plus de connaître exactement les dimensions. C'est entre la saillie du sacrum et les pubis, que la tête du fœtus se trouve arrêtée, chez les sujets dont le bassin s'éloigne de l'état normal, parce que ces deux parties sont celles qui sont le plus exposées à se rapprocher, à la suite du rachitisme, et que même les diamètres obliques ne sauraient jamais éprouver d'altération dans leur longueur sans que la ligne sacro-pubienne, qui les croise et les sépare, ne soit elle-même raccourcie. Le détroit abdominal ainsi vicié est celui qui apporte, dans le plus grand nombre des cas à la parturition, les obstacles les plus puissans, ceux qui réclament les opérations les plus graves.

Les instrumens imaginés par les accoucheurs, pour mesurer l'étendue de la portion du bassin qui nous occupe, sont le compas d'épaisseur et le pelvimètre de Coutouly. Le premier agit à l'extérieur des parties, le second doit être introduit dans le vagin et s'y développer.

Le compas d'épaisseur est formé de deux branches, recourbées en avant l'une vers l'autre, et terminées par une saillie lenticulaire. En arrière, elles sont droites, puis réunies entre elles par une charnière semblable à celle du compas ordinaire. Entre leurs portions droites, et à deux pouces environ de la charnière, est placée une échelle de proportion, qui, fixée sur une des parties de l'instrument, s'engage transversalement dans une mortaise dont l'autre est creusée, et sert ainsi à mesurer les divers degrés d'écartement que les extrémités libres des branches peuvent éprouver. Dans l'état de repos du compas, cette échelle est dégagée de la mortaise, puis relevée et rendue parallèle à la branche qui la supporte, en se logeant dans une gouttière destinée à la recevoir.

Afin de faire usage de cet instrument, on applique l'extrémité de l'une de ses branches au milieu du mont de Vénus, et sur la symphyse pubienne; l'autre, doit être placée un peu au dessous de la saillie et de la dernière vertèbre lombaire, et au centre de la dépression formée par le sacrum. Ces dispositions étant faites, le praticien fixe l'échelle de proportion dans la mortaise qu'elle traverse, en tournant une vis à tête plate qui surmonte cette partie. L'instrument se trouve alors fixé au degré d'ouverture indiqué par les dimensions des parties. Les chiffres marqués sur l'échelle jusqu'au rebord interne de la mortaise indiquent le nombre de pouces compris entre les extrémités du compas. Afin d'avoir une évaluation réelle du diamètre antéro-postérieur, il faut ensuite déduire de ce nombre deux pouces et demi pour l'épaisseur du sacrum, ainsi que des tégumens qui le recouvrent, et un demi-pouce pour celle de la symphyse, recouverte de ses tégumens.

Le compas d'épaisseur pourrait à la rigueur être appliqué à mesurer l'étendue des diamètres obliques du détroit abdominal du bassin. Ainsi que l'a fait observer Gardien, il faudrait pour cela placer une des extrémités des branches sur le milieu du grand trochanter, et l'autre sur la partie postérieure de la symphyse sacro-iliaque opposée. Sur une femme bien conformée, la distance entre ces points doit être de neuf pouces, desquels on doit retrancher, d'une part, trois pouces moins un quart pour l'épaisseur de la cavité cotyloïde et du grand trochanter; et, de l'autre, vingt lignes pour celle de l'articulation sacro-iliaque, en y ajoutant la portion des muscles fessiers, et le tissu cellulaire qui la recouvrent; ce qui fournit un total de quatre pouces et demi, qui, retranchés de neuf pouces, laissent quatre pouces et demi pour le diamètre oblique demandé. Au moyen de coupes méthodiquement faites et assez multipliées, il serait possible d'appliquer le

même procédé à la mesure des dimensions de presque toutes les autres parties du BASSIN.

Le pelvimètre de Coutouly a la forme de l'instrument dont se servent les cordonniers pour mesurer la longueur du pied. Il est composé de deux tiges parallèles, glissant l'une sur l'autre, terminée par deux plaques courbées à angle droit avec le reste de l'instrument. Afin de se servir de celui-ci, les deux plaques étant en contact, on les introduisait dans le vagin, et la plus éloignée d'entre elles était appliquée et maintenue avec les doigts d'une main sur l'angle sacro-vertébral, tandis que, la tige mobile étant tirée, l'autre plaque venait se placer derrière la symphyse du pubis. Une échelle placée entre les deux tiges indiquait de combien elles avaient glissé l'une sur l'autre, et, par conséquent, quelle était l'étendue du diamètre antéro-postérieur. Les plaques étaient concaves du côté opposé à celui par lequel elles se correspondaient, afin de s'appliquer plus aisément et avec plus d'exactitude contre les surfaces arrondies dont il s'agissait de mesurer l'écartement.

Ainsi construit, le pelvimètre présentait ce grand inconvénient que ses deux plaques étaient retenues, chez les femmes non enceintes, par les parois du vagin, qui refusaient de s'écarter au point d'aller toucher les deux points opposés du détroit abdominal. Il ne pouvait être d'un usage facile et d'une utilité réelle qu'à cette époque de la parturition, où les replis du vagin sont effacés par la dilatation du col de la matrice, et permettent d'opérer sans obstacle la dilatation demandée. Coutouly a cru remédier à cet inconvéuient, en modifiant son pelvimètre de telle sorte, que la plaque supportée par la longue branche pénètre seule dans le vagin, et se place sur l'angle sacro-vertébral, tandis que l'autre demeurée dehors, est poussée contre la symphyse des pubis, dont elle embrasse d'avant en arrière la partie inférieure. Mais, dans ce cas, la mesure indiquée par l'échelle de l'instrument ne représente plus avec exactitude l'intervalle qui existe entre le sacrum et les pubis. Il faut en retrancher neuf lignes, dont un demi-pouce pour l'épaisseur de la symphyse et des parties placées au devant d'elle, et trois lignes environ pour l'obliquité de la ligne parcourue par l'instrument, ligne qui s'étend de l'angle sacro-vertébral au sommet de l'arcade, au lieu de se terminer à la partie supérieure de l'articulation interpubienne.

Des deux instrumens dont il vient d'être question, celui de Coutouly, bien que fort ingénieux, n'est cependant pas susceptible de donner toujours des résultats parfaitement exacts; la rigidité du vagin, la douleur qui s'oppose à son entier développement, la difficulté que l'on éprouve à fixer ainsi qu'à

maintenir la plaque la plus éloignée sur le sacrum, sont autant de causes qui rendent cet instrument d'une application souvent laborieuse, en même temps qu'elles tendent à introduire des erreurs notables dans les évaluations qu'il fournit. On ne saurait d'ailleurs l'employer sur les filles non déflorées, lorsque l'on est consulté par leurs parens, afin de déterminer si elles ne présentent pas des vices de conformation portés assez loin pour rendre chez elles la parturition impossible, et par conséquent le mariage dangereux. Si l'on voulait absolument reconnaître par le vagin l'étendue du diamètre antérieur du détroit abdominal, le doigt de l'accoucheur remplacerait parfaitement le pelvimètre de Coutouly. Cet organe, en effet, étant introduit dans le bassin, on applique son extrémité sous l'angle sacro-vertébral, tandis que l'on relève sa base au dessous de l'arcade, et qu'on la place contre la partie inférieure de la symphyse ; le doigt indicateur de l'autre main sert à marquer le point de contact de cette partie avec l'organe qui sert de pelvimètre. Il est facile ensuite, au moyen d'un rapporteur, d'apprécier en pouces l'espace compris entre les deux points indiqués ; et, en retranchant de cet espace trois lignes environ pour l'obliquité de la ligne que le doigt a parcourue, l'on obtient la mesure demandée. Il ne faut pas oublier que le doigt, étant un organe sensible, est bien plus facile à diriger et à maintenir convenablement dans le bassin qu'un instrument inerte, composé de plusieurs pièces, et qui peut être facilement dérangé.

Malgré l'apparente exactitude des résultats obtenus soit par le compas d'épaisseur, à l'usage duquel on est exclusivement réduit chez les filles, soit par le pelvimètre de Coutouly, soit enfin par le doigt lui-même, il ne faut pas oublier que plusieurs circonstances peuvent faire varier les évaluations que ces instrumens fournissent, et que toute l'attention, toute l'expérience du praticien le plus habile ne mettent pas constamment à l'abri de l'erreur. Coutouly, aidé par Lauverjart, étant appelé pour décider s'il fallait ou non pratiquer la gastro-hystérotomie, se trompa d'un demi-pouce dans la mesure qu'il prit du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal. Combien d'exemples de semblables erreurs sont probablement restés ignorés parmi les secrets de la pratique des accoucheurs ? L'embonpoint variable des individus, l'épaisseur différente soit des tégumens du dos ou du pubis, soit des os eux-mêmes, sont des circonstances qui tendent à chaque instant à tromper les praticiens les plus expérimentés. Gardien prétend que le compas d'épaisseur donne, à deux lignes près, la mesure de la ligne antéro-postérieure du détroit abdominal ; mais cela suppose que, chez les sujets maigres ou gras,

petits ou grands, faibles ou robustes, les os, les graisses, les muscles et la peau ont la même épaisseur, ce qui est manifestement erroné. Quant aux résultats obtenus par le pelvimètre ou par le doigt introduit dans le vagin, il faut pour le fixer apporter une attention spéciale à la hauteur, variable suivant les sujets, de la symphyse des pubis. On conçoit aisément que plus cette articulation sera prolongée en bas, plus la ligne étendue du sacrum à sa partie inférieure sera oblique, et plus par conséquent il faudra en retrancher, afin de la réduire à la mesure exacte du diamètre antéro-postérieur.

Aucune de ces difficultés ou de ces causes d'erreur ne doit être méconnue ou négligée dans la pratique : des résultats funestes pour la mère et pour l'enfant peuvent dépendre d'une différence de quelques lignes dans l'appréciation exacte des dimensions demandées. L'accoucheur ne saurait apporter trop d'attention à ce diagnostic ; et il serait utile que par des essais réitérés sur les cadavres, il formât sous ce rapport et son coup d'œil et son jugement.

Quant aux dimensions de l'arcade des pubis, ou des diamètres coxi-pubien et inter-ischiatique du détroit inférieur, les parties osseuses étant dans cette région presque immédiatement appliquées à la peau, il est facile de mesurer les intervalles qui les séparent. La symphyse inter-pubienne est trop aisée à toucher dans toutes ses parties pour que sa longueur puisse être méconnue. Dans tous les cas, après avoir examiné le bassin à l'extérieur, après que toutes ses parties ont été isolément mesurées, il faut, dans ces cas douteux, introduire toujours les doigts dans la vagin, afin d'explorer l'intérieur de la cavité que le fœtus doit franchir, et de s'assurer que rien ne la rétrécit. Le TOUCHER est manifestement le seul moyen qui permette de reconnaître les exostoses, les tumeurs fibreuses, les stéatomes, et les autres productions organiques susceptibles d'occuper le bassin, et de s'opposer à l'exercice de la parturition.

PEMPHIGUS, s. m., *pemphigus*, *bullæ febris; ampullosa*, *bullosa*, *pemphigodes;* phlegmasie de la peau caractérisée spécialement par le développement de vésicules semblables aux ampoules que la brûlure par l'eau bouillante détermine à la peau. Cette inflammation a été très-bien décrite par Gilibert, et c'est son ouvrage qui servira de base à cet article, sans cependant que nous nous astreignions à suivre sa marche et à adopter ses théories.

Il se manifeste çà et là sur diverses parties du corps une tuméfaction ordinairement peu considérable, qui parfois s'étend à toute la région où elle se manifeste et altère la forme des membres où elle se montre ; une chaleur tantôt peu intense, tantôt excessive, ordinairement médiocre, se fait sentir dans

les parties tuméfiées de la peau et autour d'elles; il se développe ensuite un sentiment de picotement, des élancemens douloureux, enfin un prurit souvent très-incommode. La rougeur vient promptement se joindre au gonflement; elle se manifeste par plaques arrondies ou ovales bien distinctes, et ne se confondant que dans les endroits où elles sont contiguës: ces plaques, d'abord d'un rouge clair, deviennent peu à peu d'un rouge vineux; parvenues dès le premier jour à presque toute l'étendue qu'elles doivent avoir, elles ne se décolorent point sous l'impression du doigt dans les premiers jours, mais plus tard la teinte rouge disparaît sous cette impression, comme dans l'érysipèle. Lorsque la tuméfaction et la rougeur sont arrivées au plus haut degré d'intensité, des vésicules s'élèvent sur ces plaques, et souvent les couvrent entièrement, au point qu'on est tenté de croire qu'il n'y a pas de rougeur; d'autres fois la vésicule est un peu moins étendue que la plaque qui forme autour d'elle une auréole inflammatoire plus ou moins élevée au dessus du niveau de la peau; la douleur devient lancinante. Ces vésicules ne commencent jamais sous forme de boutons ou de pustules; dès l'instant où elles paraissent, ce sont déjà de petites vessies formées par l'épiderme, que soulève de la sérosité, absolument comme dans la brûlure par l'eau bouillante; on dirait autant d'hydatides ou de verres de montre appliqués à la peau et remplis d'eau. Ces vésicules, dont le volume varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule, ou même d'un vésicatoire moyen, ont, dès l'instant de leur apparition, la plus grande partie du volume qu'elles auront plus tard; les petites restent souvent au même point. Ces vésicules sont transparentes, jaunâtres ou fauves; cette couleur est celle de la sérosité qu'elles contiennent; elles ont la forme d'un demi-sphéroïde aplati; pendant deux ou trois jours, elles croissent en volume, et sont pleines, lisses et soulevées, peu aplaties; passé ce terme, elles semblent se vider en partie, elles s'affaissent, se rident, et forment vers leur partie déclive une poche pendante qui renferme le reste de la sérosité. Parvenues en deux ou trois jours au plus haut degré d'accroissement, elles se rompent, la sérosité s'écoule, l'épiderme est enlevé ou reste comme collé sur la base de chaque vésicule; cette base présente alors une sorte d'excoriation très-rouge qui continue à exhaler de la sérosité pendant quelque temps, quelquefois même elle fournit des gouttelettes de pus. Au bout de quelques heures, d'un ou deux jours, cette base se dessèche, les débris de l'épiderme qui formait la vésicule tombent en écailles. D'autres fois il se forme sur le derme dénudé des croûtes rugueuses qui deviennent brunâtres en vieillissant. Les petites vésicules ne se rompent point toujours; la sérosité

qu'elles contiennent se desséchant, elles se convertissent en croûtes telles que nous venons de le dire.

La chaleur et la douleur n'ont lieu quelquefois qu'à l'époque où les vésicules se manifestent; quelquefois aussi on ne les observe qu'à l'époque de la rupture des vésicules. A cette époque, la douleur est toujours très-vive et lancinante, la tuméfaction diminue à mesure que les vésicules se développent; lorsqu'elles se rompent, elle continue à diminuer; bientôt la rougeur devient peu à peu moins prononcée. La chaleur cesse la première, la tuméfaction disparaît pendant la dessiccation; aux élancemens succède le prurit; la rougeur est le dernier des symptômes à disparaître; développée une des premières, dit Gilibert, elle se manifeste en plaques rouges avant les vésicules, en auréoles pendant leur durée, en excoriations très-vives après leur rupture, en taches d'une couleur obscure après la chute des croûtes. La durée moyenne de chaque vésicule est de sept jours environ.

Le nombre des vésicules est quelquefois très-considérable; elles sont tantôt peu nombreuses et disséminées sur tout le corps, tantôt en grand nombre sur une seule partie du corps; mais, le plus ordinairement, elles sont d'autant plus nombreuses que leur siége est plus étendu. Il n'est aucune région où elles ne puissent se manifester; on en voit à la plante des pieds, au derme chevelu, aux parties génitales, mais plus souvent sur les membres, le tronc et au visage.

Les plaques rouges et les vésicules se manifestent, ou presqu'en même temps, ou successivement; ce qui établit deux variétés remarquables du pemphigus.

Willan a décrit, sous le nom de *pompholix*, une éruption d'ampoules sans inflammation ambiante et sans fièvre; il en reconnaît trois variétés, l'une *bénigne*, l'autre *prolongée*, la troisième *solitaire*.

La première, caractérisée par l'apparition successive d'ampoules de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, qui se rompent en trois ou quatre jours et guérissent bientôt, se manifeste à la face, au cou ou aux membres dans les temps de chaleur, chez les enfans à l'époque de la dentition, et les jeunes personnes délicates, après qu'elles ont ingéré des substances âcres.

La seconde, précédée de langueur, de lassitude, de céphalalgie, de nausées et de douleurs dans les membres pendant quelques semaines, caractérisée par des élévations nombreuses et rouges de l'épiderme, accompagnées de prurit, et qui forment des vésicules de la grosseur d'un pois en vingt-quatre heures, arrivent, si elles ne se rompent auparavant, à la grosseur d'une noix, laissent après elles une surface douloureuse enflammée, et se

succèdent les unes aux autres dans différentes parties du corps successivement ; quand le nombre des ampoules est grand, les excoriations multipliées, un léger paroxisme fébrile a lieu chaque mois; le malade souffre beaucoup et ne dort point. Cette variété a lieu chez les sujets malingres, chez les vieillards, pour qui elle est très-grave. Elle succède à des chagrins, à une mauvaise nourriture; l'intempérance la produit; elle coexiste avec l'anasarque, le scorbut, les pétéchies; on l'a vue survenir après une sueur abondante supprimée par des boissons froides. Elle survient à titre de symptôme dans les fièvres, dans les maladies cutanées chroniques, dans la goutte. Chez les vieillards, les ampoules acquièrent quelquefois le volume d'un œuf de poule d'Inde, et sont entremêlées de vésicules plus petites et noirâtres. Des ulcères leur succèdent quelquefois.

La troisième est rare et paraît n'attaquer que les femmes; elle se réduit d'abord à une large vésicule qui se manifeste ordinairement la nuit après un sentiment de fourmillement, et s'étend rapidement au point de contenir quelquefois autant de sérosité qu'il peut en tenir dans une tasse; en quarante-huit heures cette ampoule rougit, le liquide s'écoule, il reste une ulcération superficielle, près de laquelle s'élève une seconde ampoule qui se comporte de même, et à laquelle il en succède quelquefois deux ou trois autres, de telle sorte que le mal dure en tout de huit à dix jours.

Bateman ne recommande aucun traitement contre la première de ces variétés du pampholix; Willan conseille le bain chaud tous les deux jours, la décoction de quinquina, les cordiaux et les diurétiques, surtout quand il y a anasarque, contre la seconde; le quinquina à l'intérieur, des cataplasmes de graine de lin et des pansemens légers, contre la troisième. Bateman a vu le bain chaud déterminer une fièvre violente chez une femme âgée de quatre-vingts ans; les sudorifiques et les toniques produisirent le même effet; la diète et les rafraîchissans rétablirent la santé.

Il est évident que le pompholix de Willan et de Bateman ne sont que le pemphigus de Sauvages et de Gilibert, mais, considéré hors des cas où cette phlegmasie de la peau est accompagnée d'une grande accélération du mouvement circulatoire. Cette amélioration a lieu le plus ordinairement dans le pemphigus; elle est annoncée par un frisson, ou seulement un léger frissonnement, auquel succède une chaleur générale à la peau, de la céphalalgie, parfois une grande anxiété; le pouls devient fréquent, grand et dur, la face se colore; cet accès survient principalement le soir, diminue ou cesse le matin, revient et cesse aux mêmes époques. L'éruption se manifeste dès le premier ou le second accès; à son déclin, une vive cha-

leur, un picotement, une sécheresse remarquable de la peau les précèdent; une fois qu'elle est établie, la peau devient halitueuse, ou même se couvre de sueur dans toutes les parties qui en sont exemptes.

Si les vésicules se manifestent simultanément, ou à peu près, l'accélération de la circulation diminue et cesse sans retour vers le quatrième jour. Si elles se manifestent successivement, chaque nouvelle apparition est précédée d'un accès quelquefois marqué par un frisson; ces accès deviennent d'autant moins prononcés qu'ils se renouvellent davantage et finissent par être nuls.

Quand le mouvement circulatoire est peu accéléré, et le nombre des ampoules peu considérable, les phénomènes sympathiques dépendent uniquement du travail d'irritation qui se prépare et éclate à la peau; mais quand il est très-considérable et le nombre des ampoules très-petit, il y a irritation primitive de la membrane muqueuse digestive; le pemphigus peut donc être compliqué de la gastro-entérite, ou la compliquer. Les cas les plus manifestes de ce genre ont été observés par Robert, Finke, St.-Moris, Salabert. La fièvre *bulleuse* ou *pemphigodes* de plusieurs pathologistes n'était pas autre chose que le pemphigus avec irritation gastrique.

Cette irritation n'est pas la seule qui complique fréquemment le pemphigus; il n'est pas rare d'observer en même temps de la rougeur et de la douleur aux conjonctives, de la douleur, de la chaleur dans l'émission de l'urine, une constipation opiniâtre qui se convertit en diarrhée au déclin de la maladie, enfin de la toux et de la gêne dans la respiration. On a vu, dans quelques cas, de véritables vésicules séreuses à base rouge et tuméfiée, chaude et douloureuse, se rompant en deux ou trois jours, laissant écouler de la sérosité, et donnant lieu à des excoriations douloureuses, se manifester dans l'intérieur de la bouche, dans le nez; on en a retrouvé les traces à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Dans certains cas même il n'y avait que des plaques rouges à la peau, les membranes muqueuses seules étant le siége des vésicules.

A l'époque de la dessiccation générale, quand le pemphigus est simultané, ou des dessications partielles quand il est successif, l'urine, d'abord limpide ou rouge et rare, devient abondante et sédimenteuse; la constipation est remplacée par des déjections de matières abondantes et bien liées. Ces évacuations n'ont guère lieu que quand l'irritation s'est étendue à l'intérieur.

La durée du pemphigus varie depuis une semaine jusqu'à plusieurs mois, ou même plusieurs années, et cela souvent sans cesser d'être simple, dit Gilibert, parce qu'il ne connais-

sait pas les signes de l'inflammation chronique gastro-intestinale. Dans le pemphigus chronique, la marche de la maladie est très-irrégulière. Les vésicules se manifestent successivement, et souvent elles laissent à leur suite des ulcères dont la guérison se fait d'autant plus attendre qu'on emploie les toniques.

Le pemphigus n'est jamais mortel quand il est simple, quand on ne l'exaspère point par un traitement empirique. Il se complique quelquefois avec la vaccine, selon Husson, Fine, Martin, Odier, Mongenot; avec l'érysipèle, selon Delabrousse et J. P. Frank; avec la gale, selon Hébréart; avec la péripneumonie, selon J. P. Frank. Des cas de pemphigus survenus dans le cours de gastrites arrivées à la forme adynamique, ou bien que des gastrites de ce genre sont venues compliquer, ont été rapportés par Selle, Macbride, Alibert et Hébréart; d'autres, dans lesquels le pemphigus accompagna l'état cérébral qu'on appelle ataxique, ont été observés par C. Lepois, Consbruch, Selle, Macbride, Burghart, Huxham et Savary. La terminaison gangréneuse du pemphigus a été vue par Whyteley-Stokes en Irlande; Thierry a vu le pemphigus survenir dans le typhus; Langhaus l'a vu compliqué d'angine; Selle, Boutin et Morton, compliqué de dysenterie; Sainte-Marie l'a vu survenir dans l'anasarque, c'était le pompholix *solitarius* de Willan; il parut chez le grand Frédéric quand ce roi fut devenu hydropique; J. P. Frank croit qu'il peut se compliquer avec l'hystérie; F. Hoffmann et Mouton ont vu des cas de pemphigus critique, c'est-à-dire à la suite de l'apparition duquel les maladies dans le cours desquelles il se manifestait, diminuaient sensiblement.

Il est deux affections qui ont la plus grande analogie avec le pemphigus, ce sont la DARTRE phlycténoïde d'Alibert et l'érysipèle phlycténoïde ou ZONA; on peut dire même que ce ne sont que des variétés du pemphigus partiel.

Gilibert établit une différence remarquable entre les ampoules du pemphigus et celles de la brûlure; c'est que les premières sont précédées de la tuméfaction laquelle précède également la chaleur et la douleur qui même ne se manifestent parfois qu'après le développement de ces vésicules; tandis que dans les dernières la douleur se fait d'abord sentir, puis le gonflement survient, ensuite la rougeur, et enfin la vésication; mais, en faisant ce parallèle, il a oublié que l'eau bouillante détermine instantanément la formation des ampoules.

Nous ne dirons pas avec Gilibert que le pemphigus reconnaît pour cause prochaine une prédominance de la matière albumineuse dans le sang, la fièvre pour cause immédiate essentielle ou principe, et l'exaltation vicieuse de la contractilité organique insensible et de la sensibilité organique qui préside aux fonctions des capillaires ou des exhalans de la peau et du système muqueux, pour cause immédiate formelle. Ce mélange

de théories surannées et de théories qui le seront bientôt, n'explique rien et n'est bon à rien, si ce n'est à faire croire qu'on sait ce qu'on ignore. Le pemphigus est une phlegmasie de la peau dont le phénomène distinctif est le développement simultané ou successif de vésicules remplies de sérosité, qui se rompent pour la plupart ou se dessèchent. Voilà toute notre théorie, à laquelle il faut ajouter que c'est une inflammation peu dangereuse toutes les fois qu'elle n'est point compliquée ou qu'elle n'en complique pas une autre.

Certains états de l'atmosphère présumés plutôt que connus, la malpropreté, le contact des eaux marécageuses, de certains animaux, des matières animales en putréfaction, les frictions irritantes, l'irritation des plaies et des ulcères par des topiques excitans, les boissons et les alimens sudorifiques, la suppression subite de la sueur par les boissons froides, le mauvais régime, la vie sédentaire, l'omission des saignées accoutumées, l'humidité froide, l'usage des spiritueux, sont autant de conditions qui ont paru contribuer à la production du pemphigus.

Cette phlegmasie ne règne pas dans certains climats plutôt que dans d'autres; on l'a observée en Grèce, en Europe, en Allemagne, en Angleterre, en France, au Brésil, aux Indes, aux États-Unis; elle est moins rare dans le saison des chaleurs à l'état aigu; à l'état chronique, elle se manifeste dans les temps froids. La vieillesse y est plus disposée que tout autre âge, mais nulle époque de la vie n'en est exempte; les constitutions lymphatiques faibles sont plus disposées au pemphigus chronique. On l'a vu succéder aux affections tristes, à la colère; nous l'avons observé chez une femme après une vive frayeur, mais sur un seul côté du corps. Il survient après la disparition des hémorroïdes, des lochies, des règles, selon Aëtius, Sennert, F. Hoffmann, Dickson, Fich, Bouvet, Martin; à la suite de la cessation de la diarrhée, selon Hébréart; Stewart l'a vu se développer après la suppression de la rougeole.

Le pemphigus a été épidémique selon Whyteley-Stokes, Langhans et Macbride; il n'est nulle part endémique; Linné, Cullen, Vogel, Macbride, Blagden, Salabert, Whyteley-Stokes, Thiéry, Langhans, le croyaient contagieux; C. Lepois, Morton, Dickson, pensent qu'il ne l'est point; Husson et Martin, ont vainement cherché à le transmettre par l'inoculation; Gilibert croit qu'il n'est point contagieux quand il est simple, mais qu'il peut le devenir dans des maladies contagieuses.

Il le divise en *aigu*, *simultané* ou *successif*, et *chronique* toujours successif. Nous le divisons en *simple*, c'est-à-dire sans symptômes sympathiques, et *compliqué*, c'est-à-dire avec symptômes sympathiques.

Le pemphigus simple, avant l'éruption, n'exige que les soins généraux; pendant l'éruption, il faut prescrire le repos, la diète, les boissons mucilagineuses, légèrement aromatiques, édulcorées, tièdes ou chaudes, selon le goût du malade, bon juge en pareil cas, et des lavemens émolliens; ne rien mettre sur les vésicules, si ce n'est qu'après leur rupture on les couvrira d'un linge très-fin, imbibé de décoction de graines de lin ou de racine de guimauve, avec le soin de le tenir toujours humide et chaud en le couvrant d'une flanelle trempée dans la même décoction, puis tordue. Une saignée est nécessaire si le système circulatoire est énergique.

Lorsque les vésicules apparaissent, se dessèchent et se développent successivement, la maladie se prolongeant, s'il n'y a pas d'irritation gastrique, et il n'y en a pas toujours, puisque, dans le cas principal cité par Gilibert, il n'y avait point de nausées, point de dégoût pour les alimens, alors on doit nourrir légèrement le malade dans les intervalles des retours d'accélération du mouvement circulatoire, qui précèdent chaque éruption de vésicules.

Le pemphigus chronique ne réclame pas d'autre traitement. Nous croyons qu'il n'y a rien de plus dépourvu de raison et de moins justifié par l'expérience que l'emploi des lotions et des applications d'eau végéto-minérale, d'eau-de-vie camphrée, de solution d'opium, d'eau froide, que l'usage des amers, des purgatifs et les diurétiques. A plus forte raison ne faut-il pas saupoudrer la peau avec des cantharides, sous prétexte que l'éruption languit. Dans toute maladie chronique de la peau, il n'y a pas d'inconvénient que l'éruption languisse quand les viscères ne sont pas irrités, et quand enfin ils cessent de l'être; la peau se nettoie promptement et reprend vite ses fonctions si elle n'est pas désorganisée irrémédiablement, et quand elle l'est, ce ne sont ni les purgatifs ni les toniques qui peuvent réparer un mal irréparable. Nous désapprouvons, ainsi que l'a fait Gilibert, les onguens, les cataplasmes et les poudres dessiccatives; mais lorsque, malgré tous les soins, les ulcères sont formés, il faut les panser avec la pommade de concombre, puis le cérat de Saturne, ou opiacé, selon la sensibilité du malade.

Les complications réclament des indications spéciales qui seront indiquées aux articles relatifs à chaque irritation. Quand elles sont graves, c'est alors qu'il faut respecter le pemphigus, surtout s'il est chronique, et ne rien faire pour les supprimer.

PÉNIL, s. m., *pecten, pubes;* éminence large et arrondie, qui se développe au devant du pubis, et se couvre de poils à l'époque de la puberté. Elle est formée par un tissu cellulaire

graisseux fort abondant. On la désigne plus généralement sous le nom de *mont de Vénus*.

PÉNIS, s. m.; mot latin dont on se sert quelquefois pour désigner la VERGE.

PÉPIE, s. f. Rosier disait en 1787 que cette maladie des volailles et des oiseaux de vol était commune à tous les oiseaux à langue pointue, particulièrement aux dindons, et qu'elle était quelquefois épizootique. Il la définissait une pellicule blanche ou jaune qui entoure la base de la langue, comme un fourreau enveloppe la lame d'une épée; il reconnaissait qu'elle empêche les oiseaux de boire, de pousser leurs cris ordinaires, et qu'on l'attribuait au manque d'eau pour les abreuver. Comme on veut tout expliquer, il a bien fallu donner une raison bonne ou mauvaise, quoiqu'on voie tous les jours des poules contracter cette maladie, bien qu'il ne leur manque pas d'eau pour se désaltérer. Le seul remède qui convienne dans ce cas, selon Rosier, est d'enlever cette surpeau desséchée, en la prenant par la base, de frotter d'un peu de sel de cuisine la surface qui se trouve au-dessous, et de nitrer tant soit peu l'eau qu'on donne pour boisson pendant le jour : c'est à peu près ce que font toutes nos ménagères. Douze ans auparavant, Paulet écrivait à peu près la même chose dans ses recherches sur les maladies épizootiques, et trente ans après, Sonnini, dans la nouvelle édition du nouveau Dictionnaire d'histoire naturelle, répétait les mêmes idées en termes plus concis.

Fromage de Feugré, envisageait l'affection sous des rapports plus étendus, sous un point de vue plus médical. Voici comme il s'exprime :

La langue des poules, qui est étroite, dure et peu charnue, se dessèche quelquefois; mais si les animaux ne boivent plus, au lieu de l'attribuer simplement au racornissement de cette partie, ne convient-il pas de rechercher quelle est la maladie réelle dont la pépie n'est qu'un symptôme, plutôt que de s'arrêter à cette apparence, et ne doit-on pas traiter la lésion principale plutôt que de se contenter d'extirper la pellicule écailleuse?

Dans l'arrachement de la pépie, les ménagères paraissent devoir mériter le même reproche que les maréchaux quand ils coupent les barbillons, brûlent le lampas et battent les parotides. Lorsque la pépie existe, il y a une affection dont l'invasion et les progrès sont différemment caractérisés par l'abattement, le plumage hérissé, le goût dépravé, la constipation, le marasme, la langueur. Quelquefois l'air expiré est fétide, les narines sont obstruées par un mucus épais; la bête secoue la tête en poussant un cri qui annonce un embarras dans les

voies aériennes; pour respirer, elle lève la tête en ouvrant le bec, et la laisse retomber dans l'expiration. La maladie principale est quelquefois une bronchite, une pneumonie chronique; le plus souvent c'est une gastrite, déterminée par la disette, la sécheresse, les animaux ne trouvant plus ni grain, ni herbes, ni vers; elle vient aussi par une suite de mauvaises digestions, dans le cas de mauvaises récoltes, de grains cariés ou ergotés; elle peut être aussi occasionée en partie par les eaux insalubres des mares, l'égoût des fumiers que la sécheresse fait corrompre au degré le plus nuisible, et enfin par la malpropreté des poulaillers. Les ménagères qui nourrissent mal les poules coureuses, qui ne leur permettent pas assez d'exercice, les voient tomber en langueur, abandonner leurs œufs, et elles perdent ainsi la couvée par leur négligence ou leur parcimonie. Il faut des soins particuliers pour les cas difficiles, par exemple pour les poulets tardifs, lors de la pousse des grosses plumes, lorsque la crète se développe dans les coqs, et le rouge dans les dindons. L'usage de plumer les volailles tous les ans pour vendre la plume, et les autres circonstances dont on a parlé, les exposent à des souffrances qu'on ne peut éviter que par un bon régime et par de grands soins, plus difficiles dans des saisons rigoureuses.

Dans le cas d'une épizootie sur les poules, il faut ouvrir les cadavres, et y reconnaître les altérations dépendantes de la maladie. Quelquefois l'état des organes est tel, que les alimens accumulés dans le jabot y séjournent long-temps et s'y décomposent; il faut l'inciser, le vider et le fermer par une suture. Quelquefois aussi la langueur de ces animaux leur fait négliger de garnir leur gésier de petits cailloux qui leur sont nécessaires pour faire subir aux alimens une préparation qui répond à la mastication; un goût dépravé leur fait avaler des corps étrangers qu'on trouve dans le canal intestinal. Il convient qu'il ne manque jamais de graviers dans les lieux où sont les poules.

Une ménagère soigneuse et intelligente ne doit pas attendre que la pépie se déclare; elle en préviendra l'invasion ou les suites fâcheuses, en faisant nettoyer les poulaillers, en en faisant enlever le sol, qu'on remplacera par des terres calcaires, en veillant à ce qu'il y ait des ouvertures suffisantes pour le renouvellement de l'air, en donnant chaque jour de l'eau nouvelle et bonne, en faisant jucher les volailles dans des arbres, ou autrement en plein air, plutôt que de les laisser dans des logemens insalubres. Au lieu d'avoir quelque confiance aux mauvaises pratiques de traverser les narines par une petite plume, d'arracher des plumes des ailes pour faire des saignées, d'employer des onguens ou d'autres recettes, elle donnera,

dans l'imminence de la maladie, des herbes hachées, du son farineux, des grains avec un peu de sel, et enfin de l'eau nitrée, salée, acidulée. Cependant l'on doit éviter de faire passer les animaux subitement de la disette à l'abondance. On fera bien aussi de purifier l'air des logemens par des fumigations guytonniennes. Ces soins préserveront aussi les volailles de beaucoup d'autres maladies.

PERCUSSION, s. f., *percussio;* action de frapper. Auenbrugger, la Rozière de la Chassaigne et Corvisart ont proposé de *frapper* la poitrine, afin d'apprécier l'état des organes contenus dans cette cavité d'après le son qu'elle rend lorsqu'on la soumet à ce mode d'exploration. *Voyez* POITRINE. On avait jadis recommandé de percuter le crâne pour découvrir les fractures cachées par le derme chevelu, à l'aide du son comparable à celui d'un pot fêlé, qu'on s'imaginait produire ainsi; on peut user de ce moyen pour s'assurer que le malade n'a pas perdu tout sentiment, ou pour le tirer de l'état d'insensibilité où l'a jeté une syncope : pour cela, il suffit de frapper vivement deux ou trois petits coups secs avec le doigt médius, sur le front et les pariétaux. On percute l'abdomen dans le cas où l'on cherche à reconnaître la présence de gaz accumulés dans les intestins, ou contenus dans le péritoine, en provoquant un son plus ou moins approchant de celui d'un tambour.

PERFORANT, adj., *perforans;* épithète donnée par les anatomistes à des artères et à des muscles.

Les *artères perforantes*, sont : 1°. à la cuisse, trois ou quatre rameaux de la crurale profonde, qui traversent le muscle grand adducteur; 2°. à la main, des branches de la palmaire profonde qui traversent les muscles interosseux; 3°. au pied, des rameaux supérieurs et antérieurs de l'arcade plantaire.

Les *muscles perforans* sont le long fléchisseur commun des orteils, et le fléchisseur profond des doigts.

PERFORATIF, adj., *perforativus;* nom donné à une espèce de TRÉPAN dont on se sert pour percer les os. Il consiste en une tige d'acier perpendiculaire, à l'extrémité de laquelle se trouve une plaque taillée à part, et terminée par une pointe quadrangulaire, de manière qu'elle coupe et qu'elle pique en même temps.

PERFORATION, s. f., *perforatio;* une des lésions qui frappent davantage l'observateur, à l'ouverture des cadavres, est sans doute la *perforation* anormale de membranes et de tissus parenchymateux dont fort souvent on a soupçonné à peine l'état morbide. Cette altération si grave, souvent funeste, méritait un sérieux examen; aussi s'en est-on beaucoup occupé depuis que l'anatomie pathologique est cultivée en

France, et nous allons présenter le sommaire des travaux relatifs à ces recherches. Nous traiterons d'abord des perforations de la peau, puis de celle des membranes muqueuses, de celle des membranes séreuses, et enfin de celle des parenchymes.

Les *perforations* de la *peau*, non pas mieux, mais plus connues que les perforations internes, ont été oubliées par les observateurs qui se sont occupés de celles-ci ; on n'arrive pourtant à bien connaître une lésion qu'après l'avoir étudiée dans tous les tissus. Ici, comme en bien d'autres occasions, on a oublié ce précepte de l'immortel Bichat. Indépendamment des perforations de la peau par l'action d'instrumens vulnérans, ce tissu se perfore spontanément dans les maladies appelées fièvres adynamiques, fièvres ataxiques, typhus, etc., dans les parties où il revêt des éminences osseuses sur lesquelles le corps repose, notamment au sacrum et aux grands trochanters. Les rapports de la peau dans ces deux endroits ne permettent pas de méconnaître que la compression exercée sur ce tissu, constamment serré entre les surfaces osseuses et la surface du lit, ne soit une des causes de cette lésion. On l'a voulu attribuer uniquement à l'action des matières fécales et urineuses sur la peau; il est certain que la perforation de ce tissu a lieu plus rapidement chez les sujets dont on ne renouvelle pas le linge, et dont on ne lave pas la peau avec tout le soin nécessaire; par conséquent l'action des matières excrémentitielles contribue à la perforation; mais, pour cela, il faut qu'elle ait lieu : or, la perforation se forme chez des sujets maintenus dans la propreté la plus complète. Cette action n'est donc pas la seule cause de la perforation. On retarde, on évite la perforation de la peau, en faisant placer le malade tantôt sur un côté, tantôt sur un autre; la perforation n'a lieu que lorsque ce changement de côté ne peut plus être opéré, ou lorsque la maladie se prolonge au point que la région du sacrum et celle des trochanters ne peuvent plus rester assez long-temps libres de toute compression pour effacer toute trace de cette action si évidemment nuisible. La compression est donc la cause au moins la plus puissante de cette altération de la peau.

On a dit qu'une autre circonstance favorisait la perforation de la peau : l'atonie de ce tissu, la lenteur de la circulation, la diminution des forces vitales. Il est certain qu'une personne *malade* est plus disposée qu'une personne en bonne santé, à contracter une semblable perforation en restant au lit. Cependant elle finit sinon par s'établir, au moins par menacer les sujets maigres affectés de fractures qui les obligent à rester au lit pendant plusieurs semaines, malgré toutes les précau-

tions que l'on peut alors mettre si aisément en usage, et qu'il est si difficile de prendre chez les *malades*. Il demeure démontré que la compression est la cause de la perforation de la peau, quand cette lésion est le résultat principal du séjour au lit. Ajoutons qu'elle n'est point hâtée par la faiblesse du sujet ni par l'insensibilité; car les paralytiques sont précisément ceux qui restent le plus long-temps au lit sans que ces accidens surviennent chez eux; et j'ai vu plusieurs sujets lymphatiques à un degré extraordinaire, rester des mois entiers au lit, où les confinaient l'inertie de leurs muscles et un embonpoint monstrueux, sans que leur peau se perforât, ni même s'affectât le moins du monde. Nous ne voyons pas la peau se perforer plus promptement chez les ascitiques que dans les maladies aiguës, auxquelles on a donné le nom de fièvres. Nous voyons au contraire la perforation de la peau survenir rapidement dans celles-ci. Est-ce donc alors par débilité des tissus? Il est vrai que dans ces affections, au moins quand elles sont arrivées au degré où le cerveau semble ne prendre plus aucune part à l'exercice organique, la peau rougit et s'enflamme difficilement sous l'empire des stimulans les plus énergiques; mais, ce que ces stimulans ne font plus alors en peu de temps, la compression l'a opéré peu à peu par une action lente, mais à peu près continue, avant l'extinction de la sensibilité, lorsque la circulation était encore active; son action continue d'une manière latente, parce que la compression continue quoique le malade ne se plaigne pas, quoique la partie soit même peu rouge; si le malade meurt, la perforation ne s'achève pas; s'il se rétablit ou s'il a un instant de répit, dans lequel il recouvre le sentiment, il se plaint vivement de la partie comprimée, et la perforation achève de s'établir, trop souvent presque tout à coup, en même temps que l'action circulatoire reprend de l'énergie. Qu'y a-t-il donc d'asthénique dans tout cela? Ajoutons à ces remarques que les maladies appelées fièvres dont il s'agit, ne sont pas des débilités comme on l'a cru autrefois, mais bien des irritations, des phlegmasies, comme tout le monde le sait aujourd'hui. Or, il résulte de là, et des phénomènes qui caractérisent ces perforations, que la production de celles-ci, due à la compression, est favorisée non par la faiblesse, mais au contraire par les irritations intérieures qui occasionent sympathiquement dans la peau une disposition à l'inflammation, jusqu'au moment où la sensibilité vient à diminuer et la circulation à se ralentir, disposition qui reparaît plus vivement qu'auparavant quand la sensibilité se ranime et la circulation s'accélère de nouveau.

Quels sont en effet les phénomènes des perforations de la peau, par compression, effet du séjour au lit? C'est d'abord

un sentiment de fatigue, de tension, de pesanteur dans la partie comprimée de la peau, soit sur le sacrum, soit sur les trochanters. Le malade se tourne sur un côté, sur l'autre, se remet sur le dos, et finit par souffrir également, quelle que soit celle de ces trois positions qu'il prenne. La peau comprimée devient chaude et rouge; un corps froid, qu'on y applique, diminue la chaleur et la douleur qu'y ressent le malade; la pression du doigt fait cesser la rougeur là où il appuie. La rougeur n'est point circonscrite, elle va en diminuant du centre à la circonférence; au centre, la pression forte avec le bout du doigt détermine une vive douleur, plus vive que la pression large du lit. Le malade perd-il l'usage de ses facultés intellectuelles, il n'annonce plus de douleur, la rougeur diminue ou reste stationnaire; revient-il au sentiment de son existence, la circulation se rétablit-elle, la douleur se fait sentir de nouveau, la rougeur augmente, la partie se tuméfie et s'ulcère rapidement : chose remarquable, c'est surtout dans les cas où le malade recouvre rapidement la santé, ou du moins dans ceux où la convalescence paraît devoir être rapide, que l'ulcération arrive au point de déterminer la perforation complète de la peau. Je ne m'arrêterai pas à démontrer qu'il y a inflammation évidente dès qu'il y a ulcération, qu'elle existe bien plus encore quand il y a perforation; cependant, c'est dans ces deux cas que l'on est dans l'usage de prodiguer les pansemens avec les onguens irritans, les baumes, les poudres astringentes, comme s'il s'agissait de borner les progrès d'une gangrène. Elle a lieu parfois cette gangrène, mais c'est quand le malade est près de succomber, et succombera nécessairement; il est aisé de la distinguer à son odeur toute particulière. Il n'est pas de mon sujet d'examiner si l'onguent styrax, le quinquina en poudre sont alors indiqués, mais j'ose soutenir que l'emploi de telles substances n'est pas rationnel quand il n'y a qu'inflammation, ulcère et même perforation de la peau. En vain on prétendrait que l'ulcère n'a pu s'étendre et la perforation s'opérer que par une décomposition gangréneuse; c'est là une pure supposition démentie par des faits; l'exfoliation même des aponévroses n'est pas un effet de la gangrène. Le tissu enflammé s'est ramolli, une solution de continuité s'est opérée à la faveur de ce ramollissement; si toute l'épaisseur de la peau a subi l'inflammation et le ramollissement qui en est l'effet, l'ulcération s'étend à toute l'épaisseur du tissu, et la perforation en est nécessairement l'effet, surtout si la compression continue.

Si on admet, dira-t-on, que la gangrène peut survenir, il faut admettre aussi qu'elle peut contribuer à la perforation, et cela est vrai dans un petit nombre de cas; mais on ne pré-

vient pas la gangrène par l'emploi topique du styrax et du quinquina; car on ne les applique que lorsque cette gangrène existe; et, quand on les applique auparavant, ils en favorisent le développement comme tous les excitans appliqués à une membrane très-enflammée. Les topiques excitans ne sont jamais utiles, en cas de gangrène, que pour ranimer l'inflammation, hâter le ramollissement des parties demenrées saines autour des portions de tissu mort, afin de hâter l'isolement et l'élimination de celles-ci.

Nous avons dit quels sont les phénomènes des perforations de la peau pendant la vie, maintenant il est nécessaire de s'occuper de leur état après la mort; toute rougeur a disparu autour du tissu ulcéré, il n'en existe aucune trace dans les bords de la perforation, tandis que la partie simplement excoriée est quelquefois encore d'un rouge assez vif; les bords de la perforation, ceux des ulcères, sont affaissés; ceux de la première surtout paraissent coupés droit, ceux des ulcères sont coupés droit ou bien en dédolant; du reste, rien qui annonce positivement que, pendant la vie, tout cela ait été rouge, chaud et douloureux, et pourtant tout cela était, on en est certain, douloureux, rouge et chaud.

Je conclus que les perforations de la peau qui surviennent par suite d'un séjour prolongé au lit, sont un effet direct de l'inflammation et du ramollissement de ce tissu, quelquefois favorisé par la gangrène du centre de la partie enflammée, et qu'elles ne sont jamais l'effet d'une asthénie de la peau.

A l'appui de cette proposition, je me contenterai de rappeler sans aucun détail : l'inflammation de la peau sur les tubérosités ischiatiques et à la partie supérieure et interne des cuisses, qui survient chez les personnes peu accoutumées à l'équitation; le développement rapide des phénomènes inflammatoires, l'ulcération et même la perforation de la peau qui ont lieu assez fréquemment sur les plaies causées par les vésicatoires qui d'abord n'avaient pas paru prendre, lorsque le sentiment se rétablit, et la circulation redevient active; la perforation de la peau par la pierre à cautère, qui établit une sorte de gangrène sèche de la peau, mais après avoir enflammé celle-ci. Tout cela n'a jamais été attribué à la faiblesse, et l'on n'aurait jamais pensé à attribuer à cette cause les perforations qui surviennent dans les *fièvres*, si les fièvres n'avaient elles-mêmes été attribuées à l'asthénie; c'est ainsi qu'une erreur en enfante d'autres qui subsistent encore après que la première est détruite. Les erreurs de théorie sont dans le monde médical comme la calomnie dans le monde moral.

En parlant de la perforation de la peau, dans les fièvres adynamiques ou ataxiques, nous avons traité de cette même

perforation, considérée dans les cas de phlegmasies viscérales, puisque ces fièvres ne sont pas autre chose. Mais cette perforation se manifeste dans d'autres cas. On l'observe dans les phlegmasies de la peau, telles que la variole, la teigne, les dartres, le furoncle, le charbon, l'anthrax, la pustule maligne; dans les phlegmasies chroniques des articulations (tumeurs blanches, dépôts crayeux), dans celles du tissu cellulaire, effets de la présence de corps étrangers ou devenus tels, que les tissus organiques tendent à expulser à la surface du corps (fistules), dans la syphilis, le scorbut, le cancer de la peau, les scrofules, l'éléphantiasis.

Tout en admettant des causes spécifiques pour ces maladies, on ne peut nier que, si dans leur cours la peau ulcérée vient à se perforer, c'est par l'effet d'un travail inflammatoire; ce qu'il y a de spécifique n'agit que par là, à moins de nier tout ce que l'on peut voir en pareille matière; qu'il y ait ou non autre chose que l'inflammation pour produire le ramollissement, l'ulcération, puis la perforation, toujours est-il qu'on ne perçoit que la rougeur, la chaleur, la douleur, puis la tension, ensuite la mollesse; enfin la rupture, l'agrandissement de la solution de continuité, ses progrès en profondeur, et enfin la perforation, avec persistance de la douleur, de la chaleur, alors même que la rougeur diminue ou disparaît momentanément. Or, on observe tout cela même dans les ulcérations et perforations scorbutiques, on l'observe même dans les perforations de la peau qui ont lieu quelquefois chez les hydropiques. En dépouillant momentanément la question de ce qu'elle a d'accessoire et d'occulte, il demeure prouvé, selon moi, que toute perforation de la peau est un produit de l'inflammation de ce tissu quand elle n'est pas produite par un instrument divisant.

La perforation des membranes muqueuses fera-t-elle exception? La presence d'un corps étranger, d'un noyau, d'un bout de sonde, d'une pointe mousse d'os, d'un calcul, par exemple, peut la déterminer. Personne ne conteste qu'en pareil cas elle soit due à l'inflammation, au ramollissement du tissu enflammé. Peut-elle être comparée à celle de la peau dans le furoncle, la pustule maligne, l'anthrax, le charbon, la syphilis, le scorbut, le cancer, les scrofules, etc., quand on l'observe chez des sujets morts à la suite de fièvres adynamiques, ou en proie à la syphilis, au scorbut, au cancer, aux scrofules? En un mot, les perforations des membranes muqueuses dépendent-elles quelquefois de l'adynamie, de la faiblesse, de la gangrène, ou d'une tout autre cause commune aux ulcères de la peau, ou enfin d'une cause tout à fait spécifique?

Les sujets chez lesquels on a trouvé des perforations des

membranes muqueuses après une maladie aiguë ou à la suite d'une mort inattendue, sont de quatre sortes : 1° les uns avaient été évidemment affectés d'inflammation de ces membranes par l'action de substances âcres, irritantes, corrosives, mises en contact avec elles; 2° les autres offraient avant leur mort des signes non moins ou à peu près aussi prononcés d'inflammation de ces mêmes membranes, mais sans qu'on pût attribuer la phlegmasie aux causes que nous venons d'indiquer; 3° d'autres sont morts dans un état d'adynamie, de prostration, sans que cet état ait été précédé de phénomènes caractéristiques d'inflammation interne; ou 4° sans qu'on sache si ces phénomènes ont eu lieu. Il est évident que ce dernier cas doit être rejeté comme tout à fait incomplet. Dans le troisième cas, la mort a été subite, ou bien il y a eu des douleurs atroces, ou enfin il y a eu coma profond; quand la mort a été subite, c'est un de ces cas qui ne peuvent être éclairés que par l'analogie; quand des douleurs vives l'ont précédé, et c'est le plus ordinaire, ne doit-on pas considérer comme un signe d'inflammation cette vive douleur, quand, à l'ouverture du cadavre, on trouve des traces qui, dans des cas analogues, annoncent évidemment qu'elles sont dues à une phlegmasie? Se persuadera-t-on enfin que les inflammations les plus intenses ne sont jamais aussi manifestes dans les viscères après la mort qu'elles le sont à la peau pendant la vie? Quand la mort a été précédée du coma, faut-il en conclure qu'il n'y avait pas d'inflammation, point de travail douloureux, parce que le sujet ne s'est pas plaint; ne savons-nous pas qu'à la peau l'inflammation continue dans le même cas sans plainte du malade? Si la perforation ne s'établit guère alors à la peau, c'est que l'action vitale diminue dans ce tissu en proportion de son excès dans les membranes muqueuses et dans les viscères. L'inflammation interne se ralentit-elle, l'ulcération de la membrane muqueuse n'a point lieu ou s'arrête, celle de la peau se manifeste ou s'accroît, et ce tissu se perfore très-fréquemment. C'est en méconnaissant cette altération qu'on juge que l'état du tissu interne est le même que celui du tissu externe, tandis qu'il faut porter le jugement contraire.

La prostration dans laquelle sont morts les sujets chez lesquels on a trouvé des perforations d'une membrane muqueuse, ne prouve nullement que ces perforations fussent un effet de la faiblesse; il faut bien qu'un malade commence à s'affaiblir dans une partie quelconque de son corps avant que de s'affaiblir dans la totalité; l'extérieur est déjà sans force pour toujours que l'intérieur en a encore trop, et s'épuise précisément par excès d'action. L'adynamie est aujourd'hui réduite

à sa simple valeur : on sait qu'elle n'est pas le signe d'une faiblesse générale, lors même qu'on ne l'avoue pas ouvertement.

Quand le malade est mort à la suite de phénomènes convulsifs, on n'attribue pas la perforation à la faiblesse, mais à l'ataxie; qu'on prouve donc que la perforation de la peau provient de cette cause dans la variole, le furoncle, la syphilis, etc., qu'on dise surtout ce qu'on entend par ataxie; et ce n'est pas une idée claire que nous demandons, ni même une explication, mais seulement une idée quelconque, et non pas seulement un mot.

Les perforations des membranes muqueuses, a-t-on dit, dépendent d'un travail gangreneux, charbonneux, analogue à celui de la pustule maligne; mais n'est-il pas évident pour tout le monde qu'il n'y a jamais de gangrène, de charbon, de pustule maligne, sans chaleur et douleur préalable, toutes les fois que le malade peut rendre compte exactement de ce qu'il éprouve, sauf à peine les cas où le vaisseau principal est oblitéré d'une manière quelconque? Il y a chaleur et douleur même dans la gangrène sénile, même dans la gangrène spontanée qui survient chez les sujets qui ont mangé du pain de seigle ergoté, et, dans ce cas, il y a rougeur obscure avant le développement de l'horrible décomposition qui détruit la peau, les chairs et le tissu cellulaire jusqu'à l'os; croit-on que cette décomposition ait lieu sans douleur, sans chaleur? La douleur est d'abord telle que les malades tombent dans le délire, et c'est alors seulement qu'il n'y a plus de douleur.

On a peine à se figurer qu'une perforatiou d'une membrane muqueuse ait lieu sans symptômes très-apparens, comme cela a lieu quelquefois en effet, mais alors le travail de la perforation n'a pas été subit, il a été préparé dès long-temps par une iuflammation chronique; le tissu s'est usé peu à peu, il a fini par ne rester que la dernière lamelle de la membrane séreuse sous-jacente; un rien a suffi pour décider la perforation totale, les matières contenues dans la cavité muqueuse se sont épanchées, et la mort a été subite ou très-rapide à la suite d'une syncope.

Si l'on doute que la perforation des membranes muqueuses ait été due à l'inflammation, et il n'est pas permis d'en douter, alors même que la cause a été un escarotique, quand il s'agit d'un cas déterminé par l'application de substances âcres, corrosives ou caustiques, on ne peut supposer une autre cause quand les mêmes signes inflammatoires se sont montrés sans qu'il y ait eu application de ces mêmes substances; autrement, il faut supposer que le même effet peut être produit par deux espèces d'actions différentes également immédiates, ce qui est une absurdité.

De même que nous avons fait abstraction des perforations de la peau par cause vulnérante, nous ne parlerons point ici des perforations des parties internes dues à la même cause, si ce n'est pour dire que, lorsqu'elles ont lieu elles déterminent subitement un épanchement ordinairement mortel, ou bien il s'établit des adhérences avec les parties voisines, de telle sorte que l'épanchement ne peut avoir lieu, ou du moins est retardé.

La membrane du tympan et les deux membranes muqueuses qui la revêtent intérieurement et extérieurement, se perforent dans les cas d'otite interne, et c'est évidemment le résultat de l'inflammation. La conjonctive se perfore dans tous les cas d'ulcères à la cornée transparente et à la sclérotique; les phlegmasies chroniques de la membrane muqueuse nasale en déterminent la perforation quand elles sont très-intenses; la membrane qui revêt la voûte palatine est promptement percée dans les cas où elle devient le siége d'une inflammation primitive ou sympathique. L'œsophage, enflammé à l'état chronique, se perfore quelquefois. L'estomac est, de tous les viscères abdominaux, après la vessie, peut-être celui que l'on trouve le plus souvent perforé, et c'est précisément à son occasion que se sont élevées toutes les controverses sur la cause des perforations spontanées; les perforations des intestins sont moins fréquentes, et elles n'ont pas paru moins inexplicables : nous examinerons plus en détail les circonstances de ces perforations. L'utérus lui-même s'ouvre dans certains cas, ainsi que le vagin, mais ce sont là plutôt des ruptures que des perforations, excepté dans certains cas dont nous allons parler. La membrane muqueuse laryngée peut aussi se perforer, et quand cela arrive, c'est toujours sous l'empire de l'inflammation chronique. On peut aussi considérer comme étant due parfois à la perforation des bronches, l'ouverture accidentelle des poumons dans la cavité de la plèvre.

La vessie, l'urètre, se perforent sans aucun doute sous l'influence d'une inflammation que détermine ou la présence d'une urine devenue irritante à la suite d'un long séjour, ou la présence soit d'un calcul, soit d'un bec de sonde, qui commencent par enflammer et qui finissent par ramollir, et rompre le tissu muqueux et les tissus sous-jacens. La vessie peut encore se perforer, quand le rectum ou la matrice se perforent eux-même à la suite d'une inflammation chronique avec dégénérescence qui s'étend jusqu'à la vessie. Dans aucun de ces cas, le rôle de l'inflammation n'est équivoque, et personne ne le conteste. On peut en dire autant des organes que nous venons de nommer, qui ne se sont jamais perforés qu'à la

suite de longues souffrances, presque toujours effet d'altérations profondes de leur structure.

Les intestins grêles sont assez peu souvent le siége de perforations; cependant on a trouvé le jéjunum perforé; on a trouvé surtout le duodénum dans les divers états que nous allons décrire pour l'estomac, qui les offre bien plus souvent.

Dans la plupart des perforations que nous venons d'indiquer, on ne conteste point, comme nous l'avons dit, l'influence directe de l'inflammation; il n'en est pas de même de celles de l'estomac. Celles-ci s'établissent tantôt chez des sujets déjà malades, et offrant des signes d'irritation aiguë ou chronique de l'estomac, tantôt chez d'autres, après quelques instans de malaise. La mort en est le résultat; cette terminaison est presque toujours subite, précédée d'une vive douleur dans la région du viscère, d'anxiété extrême, d'une vive sensibilité de l'abdomen, qui tarde peu à se tuméfier et à se tendre. A l'ouverture du cadavre on trouve une ou plusieurs perforations de l'estomac. Ces perforations sont avec simple rougeur, injection des vaisseaux de la membrane muqueuse demeurée saine d'ailleurs avec dégénérescence squirreuse ou cancéreuse de l'estomac; avec ulcération en dédolant, ramollissement, amincissement, usure en quelque sorte des parois du viscère; ou bien enfin à bords coupés droit, net, sans ramollissement, sans épaississement ni amincissement, et sans rougeur aux environs. De ces trois cas, le second est le plus commun, et le troisième est le plus extraordinaire; mais, dans ce troisième cas, il s'en faut de beaucoup que les traces d'inflammation manquent toujours ni même souvent. Si on l'a cru pendant long-temps, c'est qu'on ne connaissait que bien peu les traces de la gastrite, surtout chronique. Ecoutons ce que Chaussier a dit des perforations de l'estomac, et nous verrons que les traces de la phlegmasie n'ont pas été complétement méconnues par cet observateur attentif. « Les ulcérations et perforations de l'estomac, dit-il, varient par la forme, la situation et l'étendue; elles sont ou petites, ou circulaires, ou assez grandes pour qu'on puisse y passer la main. Elles peuvent survenir en tous points quelconques de l'estomac; mais c'est principalement à la base de cet organe, à la portion qui correspond à la rate et au diaphragme, qu'on les observe le plus communément. Les alimens s'épanchent alors quelquefois dans l'abdomen ou dans le thorax, si le diaphragme est percé; mais le plus souvent il n'y a pas d'épanchement : la portion de l'estomac ulcérée s'est accollée aux parties voisines. Si on détruit ces adhérences, qui sont légères, il s'écoule alors de l'estomac un liquide visqueux, et onctueux au toucher, sans fétidité, ayant quelquefois une odeur musquée, toujours brunâtre et

mélangé de flocons ou molécules noirâtres, comme si une poudre de charbon très-fine était délayée dans une sérosité muqueuse. Les bords sont mous, franges, et quelquefois enduits d'une ligne noirâtre, plus ou moins marquée. Partout ailleurs l'estomac conserve sa forme, sa consistance ordinaire; *nulle part il n'offre de traces d'engorgement, d'inflammation;* seulement *les réseaux capillaires de sa membrane folliculaire paraissent plus développés*, *surtout dans le voisinage de la perforation.* Quelquefois cela se forme subitement, en peu d'heures, chez des personnes saines; le plus souvent c'est après quelques jours de maladie, et lorsqu'on ne peut aucunement soupçonner une cause de violence extérieure ou d'empoisonnement. » On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser d'un réseau capillaire plus développé, surtout autour d'un ulcère, et nous ne concevons pas qu'après la lecture de ce passage, on se refuse à reconnaître les perforations de l'estomac pour des effets de l'inflammation.

Quand elles ne sont pas le produit d'une phlegmasie chronique et sourde, l'instant où elles s'établissent est marqué par des douleurs atroces à l'épigastre. Très-souvent on les observe chez des sujets qui avaient abusé des liqueurs alcooliques, chez d'autres qui avaient été en proie à de violens chagrins concentrés: d'autres fois elles sont l'effet d'un poison introduit dans les voies digestives; alors les marques d'inflammation ne sont pas équivoques. On ne peut jamais décider qu'une perforation a été produite par un empoisonnement, que lorsqu'on retrouve le poison et qu'on le met sous les yeux des juges. Prétendre que, dans le cas d'empoisonnement, l'inflammation, l'érosion, la gangrène affectent spécialement les plis ou rides de la membrane muqueuse, et laissent presque intacts les intervalles qui les séparent, c'est avancer une proposition qui n'a point en sa faveur la sanction générale, et sur laquelle on ne peut prononcer, dans les cas où l'on est consulté par l'autorité, sans s'exposer à commettre une erreur grave.

Les membranes séreuses sont aussi quelquefois le siége de perforations. Le péritoine se perfore dans les parties où il revêt l'estomac, les intestins; la perforation a lieu alors de dedans en dehors. Il ne paraît pas que jamais la péritonite puisse produire cet effet, sauf peut-être les cas de peste où l'on a trouvé des taches noires sur cette membrane. Quand les liquides contenus dans la cavité du péritoine s'ouvrent une voie au dehors, à travers les parois de l'abdomen, ou dans le tissu cellulaire du petit bassin, alors aussi le péritoine est perforé. Dans ce cas, c'est un effet évident de l'inflammation; si les perforations de l'estomac proviennent toujours de

cette cause, elle doit être la même pour la membrane séreuse abdominale.

Dès que le péritoine est perforé, l'épanchement a lieu, sauf les cas assez rares d'adhérences, qui sont bien moins fréquentes que ne le dit Chaussier; une péritonite étendue, et par conséquent mortelle, en est l'effet nécessaire : la rapidité avec laquelle les signes s'en déclarent dans le cours d'une gastrite, d'une entérite chronique très-intense, le gonflement subit, et l'exquise sensibilité de l'abdomen au toucher, ne permettent pas de méconnaître la lésion, quand on a eu déjà l'occasion de l'observer une fois.

La plèvre peut aussi se perforer. Louis a établi, sur des faits intéressans, mais peu nombreux, que cette perforation s'annonce par une douleur violente subite, une gêne excessive de la respiration; il ne l'a observée que dans des péripneumonies chroniques, et toujours elles se sont établies dans la plèvre dorsale; la mort en a constamment été le prompt résultat. Il est incontestable que la plèvre ne s'est ouverte que sous l'influence de l'inflammation du viscère qu'elle revêt, et que ici, comme dans tous les autres cas, le tissu s'enflamme, se ramollit et se rompt. Il en est donc des perforations des membranes séreuses comme de celles des membranes muqueuses, comme de celles de la peau.

Les viscères eux-mêmes deviennent le siége de perforations; on en trouve dans l'encéphale : nous venons de dire un mot de celle du poumon, effet de la rupture d'une cavité tuberculeuse. On en observe dans le foie, dans la rate, dans le cœur, l'utérus, la vessie, ainsi que nous l'avons dit. Une chute violente peut être la cause d'une perforation du foie par rupture, effet de la secousse; mais dans ce cas même, sans une inflammation chronique qui existait dans le viscère, il ne se serait pas rompu. Une fois nous avons observé une perforation de la rate, dont il nous a été impossible de nous rendre compte. Le cœur se perfore ou par ulcération, suite d'une phlegmasie chronique, ou par rupture, préparée elle-même par le ramollissement du viscère. Hors le cas de phlegmasie chronique, avec ou sans ulcère, l'utérus se perfore par rupture dans les contractions. Puisque la rupture de ces divers organes est très-rare, il faut bien supposer qu'elle n'a lieu que lorsqu'une condition morbide antérieure les rend susceptibles de se déchirer, dans leur distension, leur contraction, ou dans les secousses qu'ils subissent.

Nous ne nous arrêterons pas à examiner si les perforations sont dues à l'action des vers ou d'acrimonies, d'irritations spéciales qui donnent lieu à la formation d'un liquide corrosif; quelque respectables que soient les noms des auteurs qui

ont imaginé ces hypothèses, il vaut mieux consulter les faits publiés par de bons observateurs, notamment ceux que nous devons à Bonet, J. Muralt, G. Wolfgang, J. Crampton, Geoffroy, Chaussier, Gérard, Marjolin, et U. Coste.

Les perforations ne peuvent être prévues, ni par conséquent prévenues; quand on les soupçonne, il n'y a point d'espoir d'y remédier. Si des symptômes d'inflammation, effet d'épanchement, se manifestent, il faut les combattre avec réserve, car le succès du traitement est plus que douteux, et parce que l'inflammation, en déterminant des adhérences, serait un moyen de salut. Mais on rendra plus rare cet accident, presque toujours préparé, sinon consommé, par l'inflammation, en ne laissant marcher aucune phlegmasie sans en modérer l'intensité. Pour cela, il faut étudier avec le plus grand soin les phlegmasies chroniques et les phlegmasies aiguës latentes. *Voyez* ULCÈRE et RUPTURE.

PERFORÉ, adj., *perforatus;* nom donné autrefois à certains muscles, dans l'épaisseur desquels passent, soit des tendons, soit des nerfs. Le coraco-brachial a été appelé *perforé de Casserio*, parce qu'il est ordinairement traversé par le nerf musculo-cutané. Le fléchisseur sublime des doigts et le court fléchisseur commun des orteils ont été appelés aussi muscles perforés, parce que leurs tendons sont fendus pour livrer passage à ceux des fléchisseurs profonds.

PÉRICARDE, s. m., *pericardium;* sac membraneux qui enveloppe le cœur et le commencement des gros troncs artériels et veineux. Il est logé dans l'écartement inférieur du médiastin antérieur, et repose sur l'aponévrose centrale du diaphragme, à laquelle il est fortement uni. La plèvre le couvre en devant, excepté dans sa partie moyenne, où il correspond à l'écartement du médiastin et au thymus, ainsi qu'au sternum et aux cartilages des dernières vraies côtes gauches, dont la partie antérieure des poumons le sépare latéralement. Son étendue est fort peu considérable en arrière, où il s'appuie sur les bronches, l'œsophage et l'aorte descendante. Ses parties latérales sont en rapport avec les plèvres, les nerfs diaphragmatiques et la face interne des poumons.

Ce sac est composé de deux membranes, l'une fibreuse, l'autre séreuse; la première se trouve à l'extérieur de la seconde.

La membrane fibreuse se confond inférieurement avec le centre tendineux du diaphragme; elle remonte ensuite autour du cœur, qu'elle embrasse jusqu'à sa base, et là se prolonge plus ou moins loin sur les gros troncs vasculaires, en se divisant en plusieurs gaînes distinctes, qui les accompagnent jus-

qu'à une certaine distance. Ces gaînes sont au nombre de huit: une très-courte pour la veine cave supérieure, quatre plus courtes encore pour les veines pulmonaires, une qui se prolonge indéfiniment sur l'aorte, et une enfin pour chaque artère pulmonaire. La veine cave inférieure pénètre dans le péricarde par le centre du diaphragme; elle est dépourvue de gaîne fibreuse.

Ce feuillet fibreux correspond, par la plus grande partie de sa face externe, aux plèvres, dont il est séparé par une couche plus ou moins épaisse du tissu adipeux, excepté dans son milieu, où le contact et l'adhérence sont plus intimes. Il a une couleur nacrée, comme celle des aponévroses. Ses fibres sont quelquefois isolées, souvent rapprochées en faisceaux distincts, d'une largeur et d'une épaisseur variables, irrégulièrement disposés, et entrecroisés en divers sens; la plupart d'entre elles cependant montent verticalement et parallèlement à l'axe du péricarde, se continuant en bas avec l'aponévrose diaphragmatique, et s'écartant en haut sur les vaisseaux. Sa texture ressemble en tous points à celle des membranes fibreuses, à la classe desquelles il appartient.

La face interne est tapissée, dans presque toute son étendue, par le feuillet séreux, qui a beaucoup plus d'étendue que lui; car, après l'avoir revêtue, ce feuillet se réfléchit sur le cœur, et le recouvre tout entier, sans toutefois le contenir dans son intérieur, disposition à l'égard de laquelle il se rapproche des autres membranes séreuses. Appliqué en bas, d'une manière immédiate et très-serrée, à l'aponévrose centrale du diaphragme, il remonte en avant le long de la membrane fibreuse, et suit cette dernière jusqu'au moment où elle se prolonge sur les gros troncs vasculaires de la base du cœur. Parvenu en cet endroit, il se réfléchit, au milieu, sur l'aorte, au dessus de sa première courbure; à gauche, sur l'artère pulmonaire, avant sa bifurcation; à droite, sur la veine cave supérieure, à un pouce environ au dessus de son entrée dans l'oreillette, et sur les veines pulmonaires droites, immédiatement après leur sortie du poumon. Après avoir tapissé la face antérieure de tous ces vaisseaux, il pénètre dans leurs intervalles, jusqu'à une distance plus ou moins considérable, et revêt l'aorte, ainsi que l'artère pulmonaire, dans tout leur contour, excepté dans l'endroit où elles sont en contact immédiat, et tapisse également, entre ces deux vaisseaux, le canal artériel ou le ligament qui le remplace. Ayant ainsi gagné la base du cœur, il se porte directement de l'artère pulmonaire sur les ventricules, et de la veine cave sur l'oreillette droite; enfin, de l'aorte dans un enfoncement qui existe entre cette ar-

tère et l'oreillette droite, et d'où il se dirige également vers les ventricules. Du sommet et des bords du cœur, il gagne la face postérieure de cet organe, qu'il tapisse, remonte à sa base, embrasse, à droite et en bas, la veine cave inférieure, à gauche et en haut, les veines pulmonaires gauches, et se réfléchit sur la partie postérieure de la membrane fibreuse. C'est dans l'endroit où cette membrane séreuse se réfléchit sur elle-même qu'on reconnaît le mieux la séparation des deux feuillets du péricarde, entre lesquels existe un espace triangulaire très-sensible. Elle s'enfonce dans toutes les inégalités que le cœur présente à sa surface, où elle offre une si grande ténuité et une transparence telle, surtout au niveau des ventricules, qu'on éprouve beaucoup de peine à en démontrer l'existence ailleurs que dans les endroits où un tissu cellulaire graisseux la sépare des fibres charnues. Du reste, elle adhère, d'une manière très-intime, au feuillet fibreux, dont on ne peut la détacher que dans des points peu étendus, ou au niveau de sa réflexion; mais il est facile de l'enlever de la surface des vaisseaux, auxquels elle tient très-peu.

Les artères et les veines du péricarde sont désignées sous le nom de *péricardines*. Les lymphatiques se rendent dans les ganglions qui entourent la veine cave supérieure et l'origine de l'aorte. On n'y a point encore découvert de filets nerveux.

La face interne de cette membrane, partout en contact avec elle-même, est humectée continuellement par une exhalation séreuse, qui n'est probablement que vaporeuse, dans l'état normal, comme celle des autres membranes séreuses, mais qui se condense après la mort, ou sous l'influence de causes pathologiques.

Le péricarde est sujet à s'enflammer. Son inflammation, qui porte le nom de PÉRICARDITE, peut être aiguë ou chronique; elle est quelquefois partielle. Les altérations pathologiques qu'elle entraîne à sa suite, sont l'épanchement de sérosité qui constitue l'HYDROPÉRICARDE, celui du sang, celui du pus, et peut-être aussi l'exhalation d'un fluide aériforme, qu'on pourrait appeler PNEUMATO-PÉRICARDE, des exsudations albumineuses membraniformes, susceptibles de s'organiser et de devenir la source d'adhérences partielles ou totales du cœur, la cartilaginification, l'ossification et l'état squirreux. Ce dernier état n'est mentionné que par des auteurs anciens, et trop mal décrit pour qu'on puisse l'admettre autrement qu'avec doute, quoiqu'il ne soit pas improbable. En général, l'anatomie pathologique du péricarde est peu avancée; on n'a commencé que dans ces derniers temps, depuis Corvisart, et Laënnec surtout, à s'en occuper, et l'on ne connaît encore assez bien que les résultats de l'inflammation aiguë.

PÉRICARDIN, adj., *pericardinus;* qui appartient au péricarde.

Les *artères péricardines*, qui sont très-petites, naissent des thymiques, des diaphragmatiques, des bronchiques, des œsophagiennes, des coronaires du cœur, des mammaires internes, et de l'aorte.

Les *veines péricardines* correspondent aux artères. Elles aboutissent en partie dans la veine azygos.

PÉRICARDITE, s. f., *pericarditis;* inflammation d'une partie ou de la totalité du péricarde. Cette maladie, dont le diagnostic n'a pas encore cessé d'être obscur, a fixé successivement l'attention de Corvisart, de Laënnec et de Bertin. Corvisart pensait que le plus grand nombre des états pathologiques du péricarde était le plus communément le résultat de son inflammation parvenue à des degrés différens : idée lumineuse appliquée avec succès par Broussais à la phlegmasie de presque tous les autres organes, et notamment à celle de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

La pléthore sanguine, la suppression des hémorragies, des écoulemens habituels, de la transpiration, les exercices immodérés, l'usage inconsidéré des boissons à la glace en été, des liqueurs spiritueuses en tous temps, les erreurs ou les excès dans le régime, la cessation brusque des douleurs rhumatismales, goutteuses, la disparition de la gale, les travaux excessifs de l'esprit, les veilles prolongées, et surtout les contusions à la région précordiale : telles sont les causes auxquelles Corvisart rapportait l'inflammation de la péricardite. Il oublia de mentionner les chagrins, les peines concentrées, qui portent si vivement leur influence sur cette membrane, et y déterminent si fréquemment des inflammations chroniques. Dirons-nous que Broussais a prétendu que les émanations du tabac répandues dans l'atmosphère pouvaient déterminer la péricardite? On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser des métastases prétendues de la gale.

La péricardite est, selon Corvisart, *aiguë*, rapide dans sa marche, très-obscure dans ses phénomènes, toujours compliquée de l'inflammation des parties voisines; ou *subaiguë*, moins rapide dans son cours, d'un diagnostic moins difficile, quelquefois simple; ou enfin *chronique*, et toujours alors très-difficile à constater, lors même qu'elle n'est pas compliquée, ce qui est fort rare. A la première, il n'assigne, pour ainsi dire, point de phénomènes spéciaux; on y trouve, dit-il, réunis la plupart des signes de la pleurésie, de la péripneumonie, de la paraphrénésie, c'est-à-dire de la pleurésie diaphragmatique, et quelquefois ceux de l'inflammation de l'estomac; il n'ob-

serva jamais positivement une péricardite aiguë sans complication d'inflammation du poumon, de la plèvre, du médiastin, du diaphragme ou de l'estomac, et le plus souvent avec la pleuropneumonie. Il n'était pas éloigné de croire que la péricardite pût ne pas être toujours une inflammation active, erreur sur laquelle il est inutile d'insister aujourd'hui.

La péricardite subaiguë s'annonce, suivant lui, d'une manière assez peu inquiétante; on dirait d'abord une pleurésie; le malade éprouve, comme dans cette inflammation, un sentiment général de chaleur dans tout le côté malade de la poitrine; peu après, cette chaleur se concentre vers la région précordiale, où se fait sentir une douleur vive et brûlante; la respiration devient promptement haute et gênée, le pouls fréquent, dur et rarement irrégulier; les pommettes, surtout la gauche, d'un rouge vif. Vers le troisième ou quatrième jour, altération particulière des traits, figure grippée, abattement profond et sorte d'irritation; agitation continuelle, anxiété constante et inexprimable; respiration haute, pénible et entrecoupée; palpitations légères; défaillances incomplètes plus ou moins éloignées les unes des autres, selon que la maladie est plus ou moins lente; enfin, pouls petit, fréquent, serré, concentré, souvent irrégulier, puis mou, intermittent, presque insensible; bientôt le visage s'altère, le nez s'effile, les yeux s'enfoncent, les joues se creusent, les pommettes paraissent plus saillantes, les traits se tirent; il survient des frissons fugaces, des défaillances incomplètes, mais prolongées, des suffocations, une anxiété insupportable, une infiltration générale; le malade meurt le plus souvent à l'improviste, en voulant se lever, en buvant, ou en changeant de position.

Tels sont surtout les phénomènes qu'il a observés chez un sujet affecté de péricardite subaiguë non compliquée, suite d'une contusion; l'œil droit tomba en suppuration dans ce cas : fait singulier observé par Corvisart et Testa dans d'autres maladies du cœur, et oublié par les oculistes de profession, et même par les nosographes dans leurs écrits sur l'ophthalmie. Il assigne quatre, cinq à seize ou dix-sept jours de durée à cette nuance de la péricardite.

L'obscurité du diagnostic de la *péricardite* chronique lui paraît dépendre des complications de cette phlegmasie avec une maladie du cœur lui-même, avec une inflammation chronique d'un organe voisin, avec l'hydropéricarde, l'hydrothorax ou quelque autre affection, au développement de laquelle, dit-il, elle a le plus souvent contribué, ou que peut-être elle a pu causer. Il n'est pas certain, ajoute-t-il, que la réunion d'un grand nombre d'observations puisse répandre

un grand jour sur son histoire. Cette phlegmasie lui paraît être le plus souvent consécutive, et il n'indique point les signes qui peuvent la distinguer, s'en référant probablement à ceux qu'il a indiqués pour la péricardite subaiguë.

Sous le rapport du pronostic, il ne croyait à la possibilité de guérir que cette dernière; l'aiguë et la chronique conduisant à une mort rapide ou lente, mais presque toujours certaine.

Les anti-phlogistiques, et surtout les saignées générales ou locales, employées avec d'autant plus de célérité et d'activité que la maladie marche plus rapidement, puis les vésicatoires sur le point douloureux : tels sont les seuls moyens dont il recommande l'usage.

Laënnec remarque que, dans certains cas, on observe tous les phénomènes que nous venons d'indiquer d'après Corvisart, et pourtant l'on ne trouve aucune trace de péricardite à l'ouverture du cadavre; il avoue qu'il est tombé dans des erreurs de ce genre, et qu'il a *deviné* des péricardites, mais que jamais il n'en a reconnu. Les péricardites les plus complétement latentes qu'il ait observées étaient indépendantes de toute autre altération thoracique, et les malades avaient succombé à des maladies aiguës ou chroniques de l'abdomen; d'où il conclut avec peu de raison que la péricardite, même aiguë, est, dans quelques cas, une maladie locale très-peu grave, et dont l'influence, non-seulement sur le système général, mais encore sur la circulation, est presque nulle, tandis que, dans d'autres cas, la même affection, aussi ou même moins intense, est accompagnée de fièvre aiguë et d'un trouble de presque toutes les fonctions. Cela veut dire seulement que la réunion d'une péricardite aux maladies de l'abdomen indique les phénomènes de l'inflammation de l'enveloppe du cœur.

Tous les symptômes de péricardite peuvent manquer à la fois, selon Laënnec; il dit, avec non moins de raison, que plusieurs sont fort rares, et il prétend qu'il a toujours trouvé le pouls irrégulièrement intermittent, filiforme, et presque insensible dès le commencement de la maladie; est-ce donc dans les cas où il a deviné la péricardite qu'il a fait constamment cette observation, qui d'ailleurs nous paraît assez conforme aux faits?

A l'aide du cylindre, on trouve que, dans la péricardite, les contractions des ventricules du cœur donnent une impulsion forte, et quelquefois un bruit plus marqué que dans l'état de santé; des pulsations plus faibles et plus courtes reviennent à des intervalles plus ou moins longs, et correspondent à des intermittences du pouls, dont la petitesse contraste extraordinairement avec la force des battemens du cœur, et qui quel-

quefois peut à peine être senti. Lorsque ces signes, dit Laënnec, surviennent tout à coup chez un homme qui n'avait jamais éprouvé de symptômes de maladies du cœur, il y a une grande probabilité qu'il est attaqué de péricardite; mais il avoue que ces signes ne sont pas beaucoup plus sûrs que ceux que Corvisart a indiqués, et que la péricardite peut exister sans eux, ou bien eux tous réunis sans elle, et il cite un cas de ce dernier genre extrêmement remarquable.

Dans un cas où il n'y aurait à hésiter qu'entre une pleurésie et la péricardite, s'il y avait égophonie, il serait certain que la première de ces deux inflammations existerait; mais comment savoir ensuite si la péricardite a lieu? Voilà ce que Bertin ne s'est pas demandé.

Après avoir suivi pendant tout leur cours des maladies que, dès leur début, Laënnec avait regardées comme des péricardites chroniques, il les a vues presque toutes se terminer par la guérison; deux ou trois seulement se terminèrent par la mort, et lui procurèrent la satisfaction de voir qu'il ne s'était pas trompé; mais assez souvent il a trouvé le péricarde plein de pus et dans un véritable état inflammatoire, sans que rien lui eût fait soupçonner ce désordre.

Collin a entendu un bruit analogue à celui du craquement du cuir neuf, en explorant les battemens du cœur chez un homme qui mourut par l'effet d'une péricardite chronique; ce bruit persista pendant les six premiers jours de la maladie, et disparut dès que les autres signes annoncèrent un épanchement liquide un peu abondant dans le péricarde.

La sécheresse de la peau, l'impossibilité de redresser le côté gauche de la poitrine, et de se coucher dessus, des sueurs froides par intervalles, tels sont les seuls signes que Bertin ajoute à ceux que nous venons d'indiquer; ils n'ont rien de caractéristique, si ce n'est peut-être le second, qui ne doit pas être toujours bien facile à saisir.

Devilliers a fait la même observation chez un semblable sujet, dont la mort lui permit de s'assurer de l'existence de la péricardite chronique; déjà il avait entendu le même bruit chez un malade qu'il ne suivit pas, et sans et qu'il en eût tiré aucune conclusion. Dans tous les cas, ce symptôme n'aurait lieu qu'avant l'épanchement d'une certaine quantité de sérosité dans le péricarde, et il paraît bien difficile de le reconnaître dans une péricardite aiguë, si tant est qu'alors il ait lieu. Collin attribue ce bruit au frottement des deux feuillets de la membrane séreuse desséchée par l'état inflammatoire, sécheresse qui paraît être le premier effet de l'inflammation de tous les tissus membraneux, et que l'on observe

en effet sur les membranes muqueuses, mais qui n'est pas démontrée aussi positivement à l'égard des membranes séreuses.

Bertin croit que la péricardite subaiguë n'est pas nécessairement mortelle, comme l'a pensé Corvisart, et qu'elle peut céder aux saignées; mais ce n'est là qu'une conjecture, puisqu'il n'existe pas de signes à l'aide desquels on puisse affirmer la réalité d'une péricardite. Il recommande d'ailleurs de ne pas craindre d'appliquer un bon nombre de sangsues à la fois, ni d'en répéter l'application.

Relativement au traitement de la péricardite aiguë, nous dirons que, si le diagnostic en est très-obscur, on a pourtant tout lieu de croire qu'elle existe quand une vive douleur, permanente, et surtout avec chaleur, se fait sentir à la région précordiale, accompagnée de petites palpitations passagères. Dans les cas où ces symptômes n'ont pas lieu, on peut méconnaître la péricardite; mais, lorsqu'ils existent, il ne faut pas en méconnaître la valeur, et alors il ne faut pas hésiter à agir comme si on avait la certitude d'une péricardite simple, surtout s'il s'y joint quelques-uns des symptômes indiqués plus haut. Il faut alors saigner copieusement le malade, et lui appliquer des sangsues sur le point douloureux, mettre des ventouses scarifiées autour de ce même point, employer de plus le régime des maladies aiguës.

Corvisart a beaucoup vanté les effets d'un large vésicatoire appliqué sur le point douloureux dans la péricardite; mais il est douteux que cette idée fût chez lui autre chose qu'une inspiration comme il en avait tant; car, puisqu'il n'avait jamais observé la péricardite simple, comment pouvait-il affirmer que le vésicatoire était avantageux dans cette inflammation? Nous sommes loin d'en nier l'efficacité; mais, pour l'employer, nous attendrions que la douleur fût considérablement réduite par les saignées, les sangsues et les ventouses.

Il ne faut jamais négliger les douleurs vagues, momentanées, que plusieurs personnes éprouvent à la région précordiale, quoique leur estomac soit tout à fait sain; ce sont parfois des phénomènes assez importans d'une irritation chronique du péricarde, qui, si on la laisse marcher, finit par donner lieu à l'hydropéricarde. Au reste, c'est surtout quand la péricardite et la pleurésie sont chroniques qu'on peut dire que le traitement est le même, car on ne peut insister vigoureusement sur les émissions sanguines; l'emploi de la digitale est indiqué, ainsi que tout ce qui peut maintenir ou ramener le calme, la lenteur dans le mouvement circulatoire. *Voyez* HYDROPÉRICARDE.

Lorsqu'on ouvre les cadavres des sujets qui ont succombé à

une péricardite, soit simple, soit compliquée, on trouve cette membrane seulement rouge dans une partie ou dans la totalité de sa surface interne, soit dans la partie qui revêt le cœur, soit dans celle qui, libre, revêt la couche fibreuse, soit dans l'une et dans l'autre. Une certaine quantité de sérosité est contenue dans la cavité de la membrane. Des flocons albumineux nagent quelquefois dans cette sérosité; le plus souvent elle en est exempte. Enfin une couche membraniforme d'albumine concrète occupe, ou seulement une partie, ou toute l'étendue de la surface interne de la membrane séreuse, qui constitue, à proprement parler, le péricarde; le cœur semble couvert d'un duvet ou d'une couche de pâte souvent aréolaire, au point de ressembler à la surface interne du second estomac du veau, tandis que d'autres fois elle prête au cœur un aspect villeux. Enfin, il est des cas où l'on trouve, des brides celluleuses aussi bien organisées que le tissu cellulaire normal, étendues d'une partie de la surface du péricarde à l'autre, de sorte que le cœur adhère plus ou moins à son enveloppe; et, dans des cas plus rares encore, il y adhère en effet et même assez intimement dans la totalité ou la presque totalité de son étendue.

L'épaississement du péricarde n'est que rarement très-marqué; cependant il est réel dans plusieurs cas, et il ne faut pas alors l'attribuer à la présence de couches albumineuses membraniformes organisées, car il est aisé de distinguer cette particularité de l'épaississement proprement dit. Au reste, c'est le tissu cellulaire sous-péricardien qui s'épaissit, et non la membrane séreuse péricardienne, puisque celle-ci n'est qu'une sorte d'épiderme sans vaisseau.

La rougeur du péricarde est presque toujours partielle après la mort; on la voit distribuée tantôt par plaques plus ou moins étendues, tantôt disséminée en points qui la font voir comme si elle était piquetée de rouge. Le plus souvent l'injection des vaisseaux est évidente; d'autres fois, la rougeur est analogue à ce qu'on appelle l'ecchymose de la conjonctive, ce qui n'empêche pas qu'il y ait injection.

Laënnec s'est exprimé avec un scepticisme remarquable relativement aux traces que la péricardite laisse dans les cadavres. S'il admettait pour les intestins et l'estomac ce qu'il dit du péricarde, il serait conséquent, et l'on n'aurait point à lui reprocher de s'éloigner des vérités qu'il n'a pas découvertes. La rougeur est, dit-il, presque toujours peu marquée dans la péricardite aiguë. Dans quelques cas où l'inflammation paraît avoir été très-forte, à en juger par l'épaisseur des fausses membranes, après les avoir enlevées, on n'observe absolument aucune rougeur à la surface interne de la membrane séreuse. Il demeure donc positivement démontré, même pour les adver-

saires des nouvelles doctrines, que la rougeur des tissus enflammés pendant la vie peut ne plus exister après la mort.

Les fausses membranes qui se forment à la surface du péricarde sont généralement très-consistantes, plus même que sur toute autre membrane séreuse; elles sont fort épaisses et fort adhérentes, et d'un blanc jaunâtre pour l'ordinaire. Laënnec dit que, lorsqu'elles sont comme mamelonnées, cette disposition a été prise pour le résultat d'une éruptiou varioleuse; erreur assurément très-singulière, mais pas plus que celle d'un médecin de Paris, qui prend les cryptes de la membrane muqueuse intestinale pour des boutons de petite vérole, faute d'avoir quelques notions d'anatomie.

L'adhérence plus ou moins étendue de la portion du péricarde qni revêt le cœur à la portion libre de cette membrane, est caractérisée, selon Lancisi et Vieussens, par des palpitations; selon Meckel, par la petitesse du pouls; selon Sénac, par des syncopes fréquentes; selon Corvisart, cette adhérence, lorsqu'elle est le résultat d'une simple agglutination par une matière albumineuse semi-concrète, ou de brides celluleuses insolites, ne paraît pas donner lieu à des symptômes particuliers, et ne produit guère qu'une gêne supportable, mais que tout sujet qui a une adhérence complète et immédiate du cœur au péricarde ne peut vivre et vivre sain.

Laënnec assure avoir ouvert un *grand nombre* de sujets qui ne s'étaient jamais plaints d'aucun trouble dans la circulation, et qui n'en avaient présenté aucun signe dans leur maladie mortelle, quoiqu'il y eût une adhérence intime et totale du cœur, et il est porté à croire que cette adhérence ne trouble souvent en rien l'exercice des fonctions des viscères qui en sont le siége; il lui a paru seulement que la contraction des oreillettes devenait beaucoup plus obscure quand elles sont adhérentes.

Sander pense avoir découvert un moyen à l'aide duquel on peut reconnaître l'adhérence du péricarde libre au cœur; c'est un mouvement perpétuel d'une très-forte ondulation, qui se montre plus bas que celle qu'on sent naturellement dans la région précordiale. Ce signe, suivant lui, ne trompe jamais, lors même que l'adhérence du péricarde est compliquée avec d'autres maladies du cœur ou des autres parties contenues dans la poitrine. Mais il a oublié qu'il est des maladies du cœur dans lesquelles on ne sent pas les battemens de ce viscère, et dans lesquelles, par conséquent, son nouveau moyen de diagnostic n'est d'aucune utilité. Il nous semble très-équivoque dans les autres cas, quoique d'ailleurs on ne doive pas le dédaigner, car rien n'est à dédaigner dans le diagnostic.

Laënnec rapporte d'ailleurs, avec beaucoup de probabilité,

à des péricardites partielles les brides celluleuses qui unissent le cœur au péricarde; sous ce rapport il a été plus loin que Corvisart, qui ne savait à quel état pathologique les attribuer.

Il n'est pas rare de voir à la surface du péricarde cardiaque des plaques blanches, opaques, quelquefois aussi longues que la paume de la main, ordinairement de moitié ou des deux tiers, et même plus petites encore; ces plaques, de l'épaisseur de l'ongle, ayant la consistance du tissu cellulaire condensé, adhèrent fortement au péricarde; et sont, suivant Laënnec, placées à la surface de cette membrane séreuse, et non dessous, comme le croyait Corvisart. Celui-ci ne voulait pas qu'elles fussent dues à la péricardite; Laënnec n'hésite pas à n'y voir que la suite de la conversion d'une couche albumineuse en tissu cellulaire condensé et membraniforme, production qui ne se forme jamais sans inflammation. J'ai trouvé, dit-il, à l'ouverture du cadavre d'un homme mort de péripneumonie, une fausse membrane assez ferme, d'un jaune citron, recouvrant l'oreillette droite et une partie du ventricule du même côté; aucune autre fausse membrane n'existait sur le reste de la surface du péricarde; sa cavité contenait deux ou trois onces d'une sérosité transparente et légèrement fauve; quelques points de la fausse membrane, particulièrement sur l'oreillette, offraient une couleur plus blanche et une fermeté plus grande que le reste, et présentaient déjà un aspect presque semblable à celui des plaques blanches du cœur.

On n'aurait pas méconnu si long-temps l'origine de ces plaques blanches du péricarde, si on les avait comparées à celles qu'on observe sur l'arachnoïde, et qui, aujourd'hui, ne peuvent ne pas être regardées comme un effet de l'inflammation.

Laënnec a très-bien indiqué les traces de la péricardite chronique : elle est toujours générale, dit-il, et l'inflammation occupe toute la surface interne de la membrane séreuse, qui est alors beaucoup plus fortement rougie que dans la péricardite aiguë; la rougeur est formée de petites taches très-rapprochées et qui sembleraient avoir été appliquées avec un pinceau; il n'y a point de fausse membrane, ou bien elle est mince, friable; toujours il y a un épanchement. C'est à cette nuance de l'inflammation qu'il attribue l'adhérence intime du cœur à la partie libre de son enveloppe. Il a vu une seule fois l'adhérence intime et générale du péricarde au cœur et aux gros vaisseaux; elle avait lieu au moyen d'une membrane fibro-cartilagineuse anormale, comme si cela avait lieu à la plèvre.

Corvisart a parlé de granulations trouvées sur le péricarde, qui paraissait ulcéré à la suite de l'inflammation chronique: Laënnec appelle cela une éruption tuberculeuse; Bertin les

considère comme analogues aux végétations des valvules du cœur, qui, suivant lui, dépendent de l'organisation de l'albumine sécrétée par le tissu enflammé. *Voyez* VÉGÉTATIONS.

Il existe quelques faits d'ossification partielle du péricarde, trop peu nombreux pour qu'on puisse établir aucune généralité à cet égard.

Le tissu du cœur est quelquefois rouge, brun ou pâle, friable, à la suite de la péricardite. Laënnec ne veut pas que la décoloration et le ramollissement du cœur soient des suites de la cardite; Bertin se déclare pour l'affirmative.

PÉRICHONDRE, s. m., *perichondrium;* membrane qui recouvre les cartilages non articulaires, à l'égard desquels elle joue le même rôle que le périoste par rapport aux os. Elle ressemble d'ailleurs à cette dernière membrane relativement à sa texture et à ses usages; seulement elle a paru, dans quelques injections, contenir beaucoup moins de vaisseaux. Elle donne, en outre, aux cartilages qui sont flexibles et très-minces, une tenacité et une résistance à la rupture, qu'ils n'ont pas par eux-mêmes.

PÉRICRANE, s. m. Ce terme, plus usité dans les traités de chirurgie que dans ceux d'anatomie, a été employé pour désigner, tantôt le périoste des os du crâne, tantôt, par une extension abusive, l'aponévrose épicranienne. On doit le proscrire, tant à cause de cette double interprétation, dont la seconde renferme une erreur, que parce qu'il est absolument inutile, le périoste de la voûte du crâne ne différant en rien de celui des autres os du corps.

PÉRINÉAL, adj., *perinealis;* qui appartient ou qui a rapport au périnée. Le *détroit périnéal* est le détroit inférieur du bassin. Sauvages appelait *ischurie périnéale* celle qui doit naissance à une tumeur située au périnée.

PÉRINÉE, s. m., *perinæum;* espace compris, à la région inférieure du tronc, entre l'anus, les parties génitales et les tubérosités sciatiques. Il a la forme d'un carré irrégulier, enfoncé d'avant en arrière dans son milieu. Sa grandeur est moins considérable chez la femme que chez l'homme. Une ligne médiane, saillante en manière de surget, et qu'on appelle *raphé*, le partage en deux parties égales. La peau y est molle, souple et extensible. Elle s'amincit en s'approchant de la marge de l'anus, où elle offre des rides concentriques. Après qu'elle a été enlevée, on aperçoit, d'avant en arrière, un espace triangulaire, rempli de graisse, borné en arrière par le sphincter externe, en dedans par le bulbo-caverneux, et en dehors par l'ischio-caverneux, qui loge l'artère superficielle du périnée, branche de la honteuse interne, et un filet nerveux accompagnant ce vaisseau; plus haut, le muscle transverse du

périnée, immédiatement au dessus duquel rampe l'artère du bulbe ou transverse. Après qu'on a enlevé toutes ces parties, on découvre en dehors la racine du corps caverneux, un peu plus haut, et vers le côté interne de la branche de l'ischion et de celle du pubis, l'artère honteuse interne et le nerf du même nom. Du côté interne on rencontre le bulbe de l'urètre, la portion membraneuse de ce canal et la prostate. Plus en arrière, et immédiatement au dessous de la peau, se trouve le sphincter externe, au dessus duquel on découvre le muscle ischio-coccygien et le releveur de l'anus. La face externe de ce dernier est couverte par beaucoup de graisse, tandis que l'interne correspond au rectum, au bas fond de la vessie et à la prostate.

La situation du périnée à la partie inférieure du tronc, son peu d'étendue, la manière dont les cuisses le protégent, sont autant de causes qui rendent ses lésions assez rares chez la femme; il n'est presque jamais froissé, distendu ou déchiré, qu'à l'occasion de l'accouchement, et pendant que la tête du fœtus franchit l'ouverture de la vulve. C'est donc chez l'homme que l'on observe presque exclusivement la plupart des affections dont nous allons nous occuper.

Des *contusions* plus ou moins profondes et graves peuvent avoir lieu au périnée, soit qu'un corps dur et arrondi frappe cette partie, soit que, dans les chutes faites de lieux élevés, elle porte sur des saillies inégales et solides. Nous avons vu, par exemple, une femme vouloir franchir une barrière, tomber à cheval sur une planche couchée de champ, et se faire au périnée, à la vulve et aux environs de l'anus, une contusion des plus violentes. L'ébranlement peut, dans des cas de ce genre, se propager à la matrice, à la vessie ou au rectum. L'urètre, presque immédiatement placé sous la peau, chez l'homme, est exposé à des froissures, et même à des déchirures, susceptibles de déterminer les infiltrations d'urine les plus dangereuses. Les lésions dont il s'agit réclament d'abord l'emploi des antiphlogistiques et des saignées locales, afin de prévenir le développement d'une inflammation trop intense; un repos absolu, des applications émollientes et résolutives, des bains de siége, des lavemens, un régime sévère, sont autant de moyens sur l'usage desquels il convient d'insister. Les commotions des viscères contenus dans le bassin rendent ensuite nécessaire l'application des excitans propres à renouveler en eux l'exercice des actions vitales, après la cessation de l'irritation.

Les *plaies* du périnée, lorsqu'elles n'intéressent que la peau, le tissu cellulaire et les muscles, doivent être immédiatement réunies; celles qui intéressent les voies urinaires ou les organes génitaux réclament l'emploi des moyens indiqués pour gué-

rir les divisions de la VESSIE, de l'URÈTRE, ou des autres parties atteintes.

Les *inflammations* et les *abcès* de la région périnéale sont, comme les affections analogues des environs de l'anus, de deux espèces très-différentes. Les unes dépendent en effet de causes extérieures, et sont de nature phlegmoneuse; les autres, occasionées par l'ouverture accidentelle des voies urinaires et par l'infiltration du liquide qu'elle porte au dehors, ont une tendance manifeste à la gangrène. Il est arrivé quelquefois que des contusions violentes, que des coups de feu avec fracture aux tubérosités ischiatiques, ou aux branches dépendantes du pubis, ont été suivies de phlegmasies étendues et profondes au périnée. Les tumeurs de ce genre sont rouges, tendues, douloureuses et entièrement semblables aux phlegmons des autres organes. Produites par des violences externes, elles n'ont pas été précédées d'obstacles à la sortie de l'urine; et, lorsqu'on les ouvre, un pus de bonne qualité s'écoule du foyer qu'elles constituent. Il est important de les distinguer des abcès urineux qui présentent un tout autre aspect, et qui sont toujours la conséquence, ou de plaies, ou de ruptures à l'urètre ou à la vessie. Les premières sont le résultat d'une inflammation franche; une douleur âcre et brûlante précède les autres; les tégumens qui les recouvrent présentent une teinte brunâtre, livide, et sont menacés d'une mortification qui ne tarde pas à se manifester. Une fièvre vive accompagne presque toujours les abcès du périnée, mais l'agitation est beaucoup plus grande, à l'occasion des abcès urineux, que dans les cas simples.

Le périnée, comme dans les environs de l'anus, est assez souvent le siége d'abcès sympathiquement déterminés par l'inflammation chronique du poumon, des plèvres, ou de quelques-uns des organes abdominaux. Il est, sans cause extérieure, appréciable, sans que l'excrétion de l'urine ait éprouvé aucun obstacle, et parvenu, en un temps fort court, à l'état de suppuration, Les tumeurs de ce genre sont de nature phlegmoneuse, et semblent quelquefois être le résultat d'efforts critiques salutaires. On sait que la phthisie est quelquefois retardée dans ses funestes progrès par les suppurations établies ainsi loin des foyers de la phlogose qui la constitue.

Un troisième genre d'abcès, auquel est exposée la région périnéale, consiste dans les dépôts par congestion qui viennent s'y ouvrir, ordinairement symptomatiques de carie ou d'arthrocaces aux os coxaux ou aux articulations ilio-sacrées. Ces collections purulentes glissent au devant du sacrum, éraillent ou détruisent les aponévroses, les muscles, le tissu cellulaire, et viennent soulever les tégumens de la partie postérieure du périnée ou des environs de l'anus. On les reconnaît

assez facilement aux douleurs qui les ont précédées et que le sujet a ressenties pendant un temps plus ou moins long dans quelques parties du bassin, à l'apparition presque subite, au périnée, d'une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, et qui, rentrant aisément, soit par la pression, soit par la situation horizontale, n'est cependant accompagnée d'aucun des désordres qui annoncent le déplacement des intestins, de la vessie ou du rectum.

Le pronostic de ces diverses affections varie autant que leur origine, leur nature, et l'étendue des désordres qu'elles sont susceptibles d'occasioner. Les abcès phlegmoneux ou idiopathiques se bornent, dans la plupart des cas, au tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculeux du perinée. Le pus qu'ils renferment est cependant susceptible de s'étendre dans la cavité du petit bassin, sur les côtés de la vessie et du rectum, de manière à disséquer en quelque sorte ces organes, et à produire les ravages les plus étendus et les plus graves. Quant aux abcès critiques et à ceux qui sont le résultat de carie aux os du bassin ou aux dernières vertèbres lombaires, on doit juger du danger qui les accompagne, plutôt d'après les maladies dont ils ne sont que l'un des effets ou des accidens, que d'après leur volume et la quantité de parties qu'ils envahissent.

Le traitement des collections purulentes qui nous occupent est toujours fort simple. S'agit-il d'abcès phlegmoneux, il importe, à raison de l'abondance du tissu cellulaire placé aux environs de l'anus et de la prostate, de les ouvrir aussitôt que la fluctuation s'y fait sentir. L'instrument tranchant doit alors être préféré aux caustiques, et après l'évacuation du pus, des pansemens simples, des applications émollientes, des soins de propreté, suffisent ordinairement pour faire obtenir une cicatrisation prompte et solide. Lorsque le foyer purulent s'est prolongé du côté du bassin et a détruit une grande quantité de tissu graisseux, il arrive, chez quelques sujets, que la guérison se fait long-temps attendre; l'ouverture que l'on a pratiquée demeure fistuleuse, parce que les parois de l'abcès ne peuvent se réunir et oblitérer l'espace qui les sépare. Dans ce cas, il convient de favoriser le retour de l'embonpoint général, et la cicatrisation ne manquera pas de s'opérer, lorsque, après la régénération de la graisse, les tissus écartés seront mis en contact, et pourront s'unir par de mutuelles adhérences.

Les abcès symptomatiques du périnée doivent, après leur ouverture, être respectés; il importe de ne rien faire qui puisse arrêter la suppuration que produit leur surface, et de les panser de manière à ce que leur cicatrisation ne fasse pas de progrès trop rapides. Des soins de propreté sont alors les seuls moyens dont il convienne de faire localement usage : toute

l'attention des praticiens doit être dirigée vers la phlegmasie viscérale dont la collection purulente était le résultat. Ces préceptes sont applicables en grande partie aux dépôts par congestion de la région périnéale; dépôts qu'il est indiqué d'ouvrir, au moyen d'un bistouri fort étroit, de manière à prévenir l'introduction de l'air dans leur cavité. Ici encore c'est contre la maladie éloignée qui a donné lieu à la sécrétion du pus, que doivent être dirigés tous les efforts de la thérapeutique.

Le périnée est quelquefois atteint, durant les gastro-entérites intenses que l'on désignait naguère encore sous le nom de fièvres adynamiques, d'une *inflammation gangréneuse*, dont les effets sont analogues à ceux des abcès urineux. Cette affection, sur laquelle on n'a pas assez fixé l'attention des praticiens, et dont nous avons observé un exemple très-remarquable, semble produite par l'impression irritante des matières fécales et de l'urine laissées en contact avec la région périnéale et le scrotum. Chez le sujet qui fut atteint sous nos yeux d'une semblable lésion, la peau s'enflamma, devint promptement livide, et fut en quelques jours frappée de mort, de manière à ce que les muscles du périnée et les testicules ont été presque entièrement mis à nu. Cette phlegmasie, et la gangrène qui en fut la suite, opérèrent le déplacement de la phlogose des viscères, et la convalescence ne tarda pas à leur succéder; l'énorme plaie de la région périnéale se cicatrisa sans trop de difficultés, et la guérison s'opéra en quelques semaines.

Les *hernies* du périnée ne sont pas, chez l'homme, une maladie très-rare, bien que Chopart, Desault et Astley Cooper aient élevé des doutes sur la possibilité de son développement. Hartmann, Chardenon, Pipelet, et quelques autres praticiens, en ont rapporté des exemples trop authentiques pour que leur existence puisse devenir l'objet d'aucun doute; mais la dissection n'avait point encore, dans ces maladies, déterminé avec exactitude les rapports qui unissent le sac herniaire aux parties voisines, lorsque Scarpa éclaira par ses recherches ce point important de l'anatomie pathologique chirurgicale.

C'est à travers le plan solide formé, à la partie la plus déclive du bassin, par une lame aponévrotique épaisse et dense, détachée de l'aponévrose pelvienne, ainsi que par les muscles releveurs de l'anus, ischio-coccygiens et transverses du périnée, que se forment les hernies qui nous occupent. Le péritoine qui, du côté du bassin, se replie sur la vessie et le rectum, étant alors poussé en bas par les visières, s'étend, s'allonge, et forme graduellement l'enveloppe immédiate de la tumeur. Les hernies de ce genre sont moins fréquentes que les autres, à raison, d'une part, de la force, de l'épaisseur, et des entre-

croisemens des parties qui composent le plancher du bassin; de l'autre, de la rareté des efforts qui tendent à pousser les viscères suivant la direction du détroit inférieur de la cavité pelvienne. Cependant on les a vues survenir à la suite d'un effort violent pour sauter et pour prévenir une chute; mais il paraît qu'alors leur développement avait été favorisé par un affaiblissement antérieur des parties à travers lesquelles elles se forment.

Quoi qu'il en soit, les hernies du périnée sont incomplètes ou complètes. Les premières, les seules que paraît avoir observées Richter, sont encore contenues dans le bassin, et ne forment aucune saillie à l'extérieur. Les parties ont bien alors surmonté la résistance qu'opposaient à leur descente le péritoine et la lame aponévrotique dont nous avons parlé, mais la tumeur est restée plongée dans le tissu cellulaire graisseux qui entoure l'extrémité inférieure du rectum ainsi que la prostate, et se trouve encore soutenue et arrêtée dans sa marche par les fibres du releveur de l'anus, et par les autres muscles de la région périnéale. La tumeur occupe l'espace triangulaire que circonscrivent en dedans le bas-fond de la vessie, les vésicules séminales et la prostate; en arrière, le rectum, ainsi que le ligament sacro-sciatique; en dehors, la tubérosité de l'ischion, sa branche ascendante et la branche descendante du pubis. La hernie a une forme allongée de haut en bas, et un canal plus ou moins étroit et étendu sépare son col, qui correspond à l'aponévrose pelvienne, de son fond, qui est plus ou moins rapproché de la peau.

Dans la hernie complète, la tumeur a surmonté tous les obstacles; elle s'est ouvert une voie à travers les parties qui la soutenaient, et son fond, dont le volume varie beaucoup, fait au dehors une saillie plus ou moins considérable. Lorsque le sac herniaire est parvenu dans cette situation, son collet est descendu au niveau du plan formé par les muscles extérieurs du périnée. L'aponévrose pelvienne a été éraillée et entraînée en bas, de même que le muscle releveur de l'anus, dont les fibres écartées se recourbent quelquefois sous la tumeur, et l'enveloppent par des espèces d'arcades analogues à celles que le crémaster forme au dessous du testicule. Il n'existe plus dès lors aucun canal qui, prolongé en haut, sépare le corps du collet du sac, ainsi que cela existe dans les hernies incomplètes, et la tumeur est tout entière placée hors de la cavité du bassin.

Les hernies périnéales contiennent ordinairement, soit quelques portions de l'intestin grêle, soit la vessie. L'épiploon ne descend pas assez bas pour y être jamais compris. Les tumeurs qui les constituent apparaissent d'abord au dessous du muscle

transverse du périnée ; mais comme dans leur accroissement elles éprouvent bientôt moins de résistance en arrière qu'en avant, on les voit se recourber et se porter vers la marge de l'anus, et jusqu'à l'attache la plus inférieure du muscle grand-fessier au coccyx. C'est là qu'elles présentent le volume le plus considérable. Leur corps occupe l'espace compris entre l'anus, le bulbe urétral et la tubérosité ischiatique, c'est-à-dire à peu près l'intervalle dans lequel on pratique l'opération de la taille par l'appareil latéralisé. L'axe du sac herniaire est dirigé de bas en haut et de derrière en devant. La tumeur qu'il présente est, chez le plus grand nombre des sujets, molle, indolente, facile à repousser dans le bassin par des efforts exercés suivant une direction opposée à celle qu'elle a suivie pour en sortir. Après qu'elle a été réduite, le périnée présente à l'endroit qu'elle occupait une dépression proportionnée au volume des parties rentrées ; la situation verticale, l'effort le plus léger suffisent, la compression cessant, pour que la tumeur se montre de nouveau. Une douleur sourde et continue au périnée, des besoins fréquens d'uriner produits par la compression de la vessie, un sentiment intérieur de faiblesse et de malaise dans l'abdomen, des désordres variables dans l'action digestive, tels sont les symptômes qui accompagnent ordinairement cette maladie.

La hernie du périnée est assez difficile à contenir, à raison de la disposition des parties qu'elle occupe. Cependant Pipelet parvint à remplir cette indication avec une pelotte de dix lignes de longueur sur huit de large, et creusée en gouttière pour ne pas gêner l'urètre. Cette pelotte était fixée à une plaque de tôle longue de deux pouces sur un de large, un peu échancrée à ses bords pour ne pas s'opposer au rapprochement des cuisses, et attachée à l'aide de quatre courroies au cercle d'un brayer qui entourait l'abdomen. Les courroies antérieures étaient fixées au moyen de crochets placés vers le pli des aines ; les postérieures pouvaient être serrées à volonté par des boucles cousues à la partie du cercle qui correspondait au milieu de la crête de l'os des îles de chaque côté. A ce bandage, qui a parfaitement réussi, Scarpa substitua une espèce de brayer dont le ressort circulaire embrasse la circonférence du bassin. Un autre ressort, en forme de segment demi-circulaire, uni postérieurement au premier, descend le long de l'os sacrum, et, se recourbant un peu en avant et en haut, son extrémité appuie directement sur le fond de la hernie, qui est ainsi comprimé de bas en haut contre l'ouverture qui lui donne passage. Afin de rendre la compression plus efficace et plus exacte, l'extrémité de ce second ressort est garnie d'une petite pelotte de forme ovale, proportionnée au volume de la tumeur. Il

suffit que la résistance de cette partie du bandage soit supérieure à l'impulsion produite par les viscères de l'abdomen, pour que la hernie soit toujours maintenue dans l'abdomen. L'appareil entier doit être convenablement garni et recouvert d'une peau souple. On peut, s'il en est besoin, augmenter la fixité de la pelotte, et empêcher la pression de varier en y ajoutant un sous-cuisse. Ce bandage nous semble à la fois moins gênant et plus sûr dans son action que celui de Pipelet.

La hernie du périnée a présenté plusieurs exemples d'étranglemens, mais qui toujours se sont dissipés par les seuls efforts de la nature, et par l'emploi de moyens antiphlogistiques appropriés. Si cependant l'opération devenait nécessaire, le rectum, entouré des artères hémorroïdales, placé en arrière; les artères transverses du périnée en avant; l'ischion et l'artère superficielle du périnée en dehors; enfin, l'urètre, la prostate et le col de la vessie en dedans, sont autant de parties qui rendraient le débridement ou impossible ou dangereux. Il faudrait alors se borner à une incision très-peu étendue, ou mieux encore peut-être à l'action du dilatateur de Leblanc. Mais comme ce cas ne s'est point encore présenté à l'observation, il conviendrait surtout de se conduire d'après la disposition des parties, et de manière à ménager à la fois les vaisseaux et les organes qui entourent la hernie.

Le périnée, chez la femme, est trop peu étendu pour que des tumeurs herniaires puissent l'occuper. Aussi a-t-on donné aux tumeurs analogues à celles qui viennent d'être décrites, et dont les sujets de l'autre sexe peuvent être affectés, le nom spécial de hernies de la VULVE.

Chez les femmes primipares, lorsque les parties génitales externes sont rigides, et que la tête du fœtus présente un volume considérable, il est assez fréquent d'observer des déchirures plus ou moins étendues au périnée. Nous avons indiqué, en traitant de l'ACCOUCHEMENT et de la PARTURITION, les précautions à prendre et les moyens à employer afin de prévenir cet accident. Tantôt la déchirure est très-peu considérable, et se borne à entamer légèrement la fourchette; tantôt elle se prolonge à tout le périnée, et même à une portion de la cloison recto-vaginale. Dans le premier cas, le repos, des applications émollientes, l'attention de laisser les cuisses rapprochées, et de tenir libre le ventre de la malade : tels sont les moyens qui suffisent, et pour dissiper l'inflammation vive dont est toujours suivie la distension qui a précédé la déchirure, et pour obtenir la cicatrisation de celle-ci. Quelques personnes ont donné le conseil de faire coucher alors la femme sur le côté, afin d'empêcher les lochies de couler sur la plaie, à l'adhésion des bords de laquelle elles s'opposeraient. Ce précepte est

inutile, car, quoi qu'on fasse, les lochies baigneront toujours toutes les parties de la vulve ; on ne voit pas d'ailleurs comment elles s'opposeraient à la formation de la cicatrice, et si leur action irritante tendait à entretenir la suppuration, il n'y aurait d'autre moyen d'obvier à cet inconvénient que de renouveler souvent les linges dont se garnit la malade, et de redoubler de zèle dans l'administration des soins de propreté dont il faut toujours l'entourer.

La lésion du périnée est beaucoup plus grave lorsque cette partie est déchirée dans toute son étendue, et jusqu'au rectum. Alors les excrémens sont quelquefois involontairement rendus, la vulve et l'intestin se confondent en une seule ouverture, et la femme devient un objet de dégoût autant que de pitié. La chirurgie fut long-temps impuissante contre les divisions de ce genre, qui sont heureusement assez rares; mais quelques essais permettent d'espérer que l'on pourra, du moins dans beaucoup de cas, détruire l'infirmité dont elles sont la source. La suture, pratiquée dans ces occasions par Saucerotte et par Noël, a été suivie de succès.

Le procédé de Saucerotte consiste à introduire dans le vagin un *speculum uteri* de petite dimension, puis à retrancher avec des ciseaux les bords cicatrisés de la division, afin de les rendre saignans et susceptibles de réunion immédiate. On rapproche ensuite les lèvres de la plaie, et on les maintient en contact au moyen de la suture des pelletiers. Pratiquée une fois, cette opération ne réussit pas; on avait cru devoir placer une canule dans le rectum, et un linge enduit de baume du Pérou dans le vagin. Malgré l'emploi des moyens les plus convenables, l'adhésion n'eût pas lieu. Il fallut recommencer, supprimer la canule, et entretenir la liberté du ventre au moyen de lavemens et de boissons laxatives. Alors l'opération fut couronnée d'un succès complet.

Le procédé de Noël paraît plus simple et plus sûr. Dans un cas analogue à celui de Saucerotte, ce chirurgien commença par faire administrer quelques laxatifs. Les parties furent ensuite avivées avec des ciseaux. Deux points de suture entortillée, placés, l'un à l'entrée du vagin, l'autre à un pouce au dessus, entre cet orifice et le sommet de la déchirure, servirent à réunir exactement les parties. La cicatrisation ne se fit pas long-temps attendre, et la marche de la nature ne fut troublée par aucun accident. Cette manière d'opérer devrait être imitée dans toutes les circonstances semblables.

C'est ordinairement au périnée que surviennent les abcès et les fistules produites par l'ouverture de la vessie ou de l'urètre, et par l'extravasation de l'urine hors des voies

normales destinées à la porter au dehors. Il en sera question au mot URINAIRE.

PÉRIODE, s. f., *periodus*. Ce mot est employé en médecine pour désigner chaque époque du cours des maladies caractérisée par certains phénomènes ou par une plus ou moins grande intensité des symptômes. En général, chaque maladie est divisée en trois périodes : La première a reçu le nom de *progrès*, d'*augment*, d'*incrementum*, de *crudité*, d'*irritation;* c'est le temps durant lequel la maladie se manifeste et s'accroît successivement; la seconde est appelée *état*, *status*, *coction;* c'est le temps où le mal, arrivé au plus haut degré d'intensité, demeure plus ou moins long-temps stationnaire, et où se prépare l'issue heureuse ou funeste; la troisième période aussi appelée *déclin*, *decrementum*, est le temps où la maladie commence à décroître, et à tendre vers une terminaison favorable; c'est la période où les évacuations supprimées dans les périodes précédentes se rétablissent à mesure que l'irritation diminue intérieurement. La troisième période n'est pas toujours avantageuse, car au lieu d'une diminution plus ou moins rapide, il peut survenir une complication, une récrudescence ou une métastase, ou bien la maladie passe à l'état chronique, ou enfin la mort arrive avant que le mal ait diminué.

On a voulu assigner des caractères génériques à chacune de ces périodes, mais cette entreprise est ridicule, puisque les phénomènes de chaque période varient dans chaque maladie; il faut bien se garder même d'attacher à cette division, tout artificielle, du cours des maladies, plus d'importance que n'en méritent les distinctions scolastiques. Il ne serait pas moins déraisonnable de s'imaginer que chaque période soit bien distincte des deux autres; la première finit insensiblement, la seconde commence de même, et l'instant où débute la troisième n'est pas moins difficile à saisir. C'est une véritable faute de dire, par exemple, d'une manière générale, qu'on ne doit saigner que dans la première et tout au plus la seconde période de la péripneumonie : car, qui peut dire où finit cette seconde période? Revenons toujours à l'état des organes, et sacrifions toujours aux renseignemens qu'ils nous fournissent toutes les notions abstraites et trop générales de l'école.

La durée de chaque période est relative à la durée de la maladie, à l'intensité des causes, à la prédisposition du sujet, aux circonstances intercurrentes, au mode de traitement. En général, la seconde période est la plus courte dans les maladies aiguës, et il importe de savoir cela, parce qu'elle offre des indications qu'il est absolument nécessaire de saisir. Au reste, on doit surtout s'attacher à prévenir cette période et à faire avancer la troisième en lui donnant une direction avantageuse.

Il est beaucoup de cas dans lesquels la première période dure à peine, que déjà la seconde a lieu; d'autrefois le mal est, dès le premier instant, dans toute son intensité.

Il faut avoir égard à toutes ces différences relativement au pronostic. Il y a beaucoup à redouter quand le mal est promptement et plus encore subitement à son apogée. Une troisième période trop prolongée est d'un mauvais augure; elle menace de récrudescence, de rechute ou de récidive, et qui, pis est, d'une fâcheuse complication.

Relativement au traitement il faut aussi avoir quelque égard au développement des périodes; plus les progrès sont rapides, plus la seconde se prolonge, et plus il faut agir vigoureusement et avec persévérance. Quand la troisième se prolonge, il faut continuer à écarter toute condition nuisible, ne laisser revenir que lentement un régime accoutumé, veiller attentivement à prévenir ou à faire cesser tout changement défavorable qui pourrait survenir, et penser beaucoup au passage à l'état chronique.

Ces trois périodes se retrouvent jusqu'à un certain point dans les maladies chroniques, avec cette différence que la troisième y est presque toujours funeste, et que les évacuations annoncent presque toujours une fâcheuse terminaison. Au reste, comme il est certain que les périodes ne sont nullement distinctes dans beaucoup de maladies aiguës, à plus forte raison on ne doit pas espérer de les trouver bien dessinées dans les maladies chroniques, et certes Bordeu et ses copistes ont exagéré ce point de doctrine. Ce serait surtout un grand aveuglement que d'attendre la guérison des maladies chroniques des développemens successifs de ces périodes, puisque ces maladies tendent naturellement, dans le plus grand nombre des cas, à la destruction du sujet, quand elles affectent un viscère important.

Dumas admettait quatre périodes dans les maladies chroniques : une première d'imminence, une seconde de confirmation, une troisième de permanence, et une quatrième de terminaison.

On a multiplié davantage le nombre des périodes dans les maladies. Hildenbrandt en voyait huit dans le typhus : contagion, opportunité, invasion, inflammation, état nerveux, crise, rémission, convalescence.

Cette différence vient uniquement de ce que ces auteurs comprennent, sous le nom de période, ce que d'autres n'appellent point ainsi, et notamment ce qui précède et suit la manifestation du mal. La division en trois périodes est plus que suffisante; elle est mieux fondée en ce qu'elle divise moins ce qui est en réalité indivisible.

PÉRIODICITÉ, s. f.; retour de certaines modifications organiques à des époques fixes ou irrégulières, soit dans l'état de santé, soit dans l'état de maladie.

La majeure partie des phénomènes de la nature entière sont périodiques; on remarque une coïncidence frappante entre la périodicité des phénomènes organiques et celle des phénomènes du monde extérieur.

Les uns ont voulu assigner des lois fixes à la périodicité dans l'organisme, les autres ont cherché à l'expliquer, soit sans sortir de l'étude de l'homme, soit en embrassant tout le cercle des phénomènes naturels. Les travaux des premiers ont eu pour résultat la doctrine des crises, dans laquelle on a supposé constant ce qui a lieu quelquefois; ceux des derniers ont produit en grande partie les rêveries de l'astrologie médicale et les mystères de l'intermittence dans certaines écoles modernes. Pythagore établit une liaison entre la périodicité et les nombres; Galien rattachait la périodicité des maladies à celle des phases de la lune; les galénistes et leur chef, à la nature de la pituite, de l'atrabile, du sang, dont l'altération est la cause prochaine des maladies périodiques; Paracelse, à l'influence de certains sels et métaux; Gemma, à la situation inférieure des organes affectés dans les maladies périodiques, suivant lui. Stahl attribuait la périodicité des maladies à la périodicité des repas, et à une sorte d'habitude vicieuse. Reil ne voyait dans la périodicité organique qu'une partie de la périodicité que l'on remarque dans toute la nature, et l'expression d'une des lois générales de l'existence. Ackermann l'attribue à l'accumulation de fluides impondérables dans les ganglions nerveux, donnant lieu à une décharge après un temps donné. Roche pense que certaines maladies sont périodiques parce qu'elles sont produites par l'action de causes qui agissent périodiquement sur l'organisme.

La périodicité nous paraît être un fait primordial dont il faut étudier toutes les conditions sans en rechercher la cause prochaine, non plus que celle de tout autre mode de l'existence. Il ne faut pas dire qu'elle est plus inexplicable que la continuité; car aussi long-temps que l'existence elle-même sera un problème insoluble, aucun mode de l'existence ne sera plus inexplicable que tous les autres. En bonne philosophie, on étudie, on rassemble, on groupe, on enchaîne les faits; l'imagination seule remplit les lacunes, et c'est là ce qu'on appelle expliquer. Un apothicaire de nos jours, traitant la philosophie médicale comme il avait fait des drogues de son officine, s'est attaché à fondre toutes les opinions que nous venons d'indiquer en une seule; il prétend que « la pé-

riodicité des maladies et des mouvemens organiques consiste *uniquement* dans l'effet de l'accumulation de certaines causes morbides, ou de fluides sécrétés, qui déterminent une détente, une décharge, un accès ou un paroxisme à certaines époques plus ou moins rapprochées et plus ou moins réglées; de même, ajoute-t-il, le rhythme et les retours des sons soulage ou soutient les forces dans toutes les opérations un peu prolongées, parce qu'il établit des intermissions ou repos périodiques, qui donnent du répit à nos facultés, et le temps de réparer leurs forces; *c'est ainsi* que les retours quotidiens du jour et de la nuit, ou de la veille et du sommeil, continuent notre existence, et renouvellent successivement le jeu de toutes nos fonctions »! *C'est ainsi*, M. Virey, qu'on livre la médecine à la risée du public et au mépris des savans.

Sans rechercher *pourquoi* les maladies sont périodiques, il faut se borner à saisir celles des conditions réelles de la périodicité qui sont accessibles à nos sens, afin de les écarter, de les atténuer, ou d'en éloigner les malades, si on ne peut les éloigner elles-mêmes, car c'est là la première condition de la guérison, et le seul moyen de prévenir les rechutes, si fréquentes dans les maladies périodiques.

La périodicité prend le nom d'INTERMITTENCE, quand la maladie cesse complétement de se manifester pendant un ou plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois. On lui donne celui de RÉMITTENCE, quand la manifestation du mal est continuelle, mais avec des retours d'exacerbation passagère appelés *paroxismes*, *accès*. La CONTINUITÉ parfaite, c'est-à-dire avec uniformité, dans l'intensité considérée chaque jour est une chimère, et, sous ce rapport, on pourrait dire que toutes les maladies sont périodiques, car toutes sont plus ou moins intenses le soir ou le matin, dans la nuit ou dans le jour.

Une loi remarquable de la thérapeutique est que, plus un mal est complétement périodique, et plus il est aisé de le guérir à l'aide d'un tonique, et d'autant plus facile que le tonique donne lieu à une stimulation durable, d'autant plus que cette stimulation est bornée à une plus petite étendue, d'autant plus enfin, qu'elle est accompagnée de moins de phénomènes sympathiques d'irritation. Cette puissance des toniques fixes va jusqu'à se manifester, mais plus rarement, dans les cas où on les applique sur l'organe qui est le siége du mal, et même à l'instant où le mal se manifeste avec le plus de violence. Mais cette exception est le chef-d'œuvre de la médecine pratique, plus encore que la source du scandale pour les adversaires de la médecine organique.

Les toniques ne sont pas les seuls moyens à l'aide desquels on puisse faire cesser la périodicité, et souvent par eux on change une intermittence tumultueuse, mais peu grave, en une continuité obscure, mais qui deviendra funeste. Les stimulans instantanés et les évacuans sont souvent utiles; mais pour qu'ils le soient, il faut encore que leur action soit aussi locale que possible, qu'elle n'accélère point le mouvement circulatoire, et qu'elle ne maintienne pas le centre nerveux dans un état trop long ou permanent de douleur. Il faut des remèdes périodiques aux maladies périodiques : c'est pour cela qu'on en triomphe plus sûrement par l'alternative des émissions sanguines et des excitans, que par l'usage exclusif de ces deux ordres de moyens.

Les commotions morales arrêtent aussi la périodicité; on cite en ce genre des cas très-remarquables qui ne prouvent point que toutes les maladies périodiques soient nerveuses, car les émotions de l'âme provoquent, aggravent et guérissent les maladies continues, non moins que les maladies périodiques; mais leur résultat est bien moins prompt, et c'est pour cela qu'on oublie toujours d'en faire mention; une joie vive fit cesser tout à coup une irritation gastro-bronchique que nous éprouvions depuis quinze jours. *Voyez* PÉRIODIQUE.

PÉRIODIQUE, adj., *periodicus*. Les *actions organiques*, les *maladies*, sont dites périodiques quand leurs phénomènes cessent puis reparaissent à des époques fixes ou irrégulières. *Voyez* PÉRIODICITÉ.

Les maladies périodiques sont avec ou sans fièvre, c'est-à-dire manifestement locales ou, en apparence, générales; nous avons déjà parlé des fièvres INTERMITTENTES, nous parlerons plus loin des fièvres intermittentes PERNICIEUSES et des fièvres RÉMITTENTES; nous allons parler ici des *inflammations*, des *hémorragies*, des *flux*, des *névroses* périodiques et des *troubles* périodiques que déterminent les altérations organiques, continues, aiguës ou chroniques.

Les inflammations peuvent-elles être périodiques? Parmi les phlegmasies de la peau, la variole, la varicelle, la rougeole, la scarlatine, la miliaire, que l'on n'a guère qu'une fois dans la vie, ne doivent pas être rangées parmi les maladies périodiques, quoique cependant leur retour, très-rare d'ailleurs, chez quelques sujets constitue peut-être une sorte de périodicité. L'érysipèle, les dartres, le zona, le pemphigus, l'urticaire, l'hydroa, les éphélides, le psydracia ont été, les uns très-fréquemment, les autres quelquefois, observés périodiquement.

Les phlegmasies périodiques des membranes muqueuses sont très-fréquentes; les plus communes sont l'ophthalmie, le coryza, l'angine, la gastrite, l'entérite, la colite, la leucor-

rhée surtout. On méconnaît fort souvent la périodicité de la gastrite et de l'entérite, parce qu'elle se manifeste ordinairement par des phénomènes sympathiques plus prononcés que les symptômes locaux.

Les inflammations des membranes séreuses sont quelquefois périodiques; l'arachnoïdite l'est évidemment dans un assez grand nombre de cas; la pleurésie a été observée avec le type intermittent dans plusieurs fièvres pernicieuses.

Parmi les phlegmasies des parenchymes il en est de périodiques dans certains cas; le phlegmon lui-même, avec ses quatre caractères indélébiles, a été vu intermittent; on peut en dire autant de la parotidite. Si l'inflammation périodique de l'encéphale n'a pas été constatée, on ne peut douter de la réalité et de la fréquence des congestions cérébrales périodiques; c'est avec la gastrite, l'une des plus communes parmi les maladies de ce type. De tous les autres viscères l'utérus, dont les fonctions sont si éminemment intermittentes, reproduit ce type dans ses inflammations; cette considération a été trop négligée; chez plus d'une femme, le retour des règles est chaque mois précédé d'un véritable travail phlegmasique. Nous avons observé la néphrite avec le type intermittent irrégulier; on sait qu'il est fort commun dans la néphrite calculeuse. Le poumon est plus souvent affecté qu'on ne pense dans les maladies fébriles périodiques; nous avons vu mourir plusieurs personnes d'une prétendue fièvre essentielle, intermittente, chronique, et qui n'avaient qu'une phlegmasie chronique du poumon.

Quelles maladies sont plus souvent périodiques que les rhumatismes musculaires, fibreux, articulaires, et la goutte? et pourtant ne sont-ce pas évidemment des phlegmasies? Si l'on persiste à leur refuser le titre d'inflammation, parce qu'elles sont éminemment périodiques, il n'est pas étonnant que l'on prétende que les inflammations ne sont jamais intermittentes; mais n'est-ce pas là tourner dans un cercle vicieux?

Qu'on ne dise donc plus que l'inflammation n'est jamais périodique, jamais intermittente; il est certain que le travail phegmasique profond du poumon, auquel il faut sept jours pour parcourir ses périodes, jusqu'à la suppuration et la destruction de l'organe, ne peut être ni quotidien, ni tierce, ni quarte, ni même hebdomadaire; mais n'y a-t-il donc inflammation que lorsqu'il y a suppuration? La péripneumonie qui, à l'instant où elle va produire la suppuration, cesse tout à coup, et est remplacée par une encéphalite; le phlegmon qui cesse tout à coup, et est remplacé par une pleurésie, ne sont-ils pas des inflammations, par cela seul qu'ils ont subi la délitescence? Toutes les inflammations que l'on guérit avant qu'elles

soient parvenues au plus haut degré d'intensité, ne sont-elles donc pas des inflammations, parce que la suppuration n'en a point été le résultat?

C'est pour avoir méconnu la véritable idée qu'on doit se faire de l'inflammation, que Tommasini a cru qu'elle ne pouvait être intermittente. Aujourd'hui que la nature inflammatoire, et le siége local des prétendues affections générales, appelées fièvres essentielles, sont dévoilés, il est moins douteux que jamais qu'il existe de nombreuses inflammations intermittentes.

Toutes les hémorragies des membranes muqueuses sont souvent périodiques, quoiqu'elles ne soient pas fréquemment régulièrement intermittentes. On a observé quelques cas d'hémorragies périodiques de la peau, et c'est à une effusion de cette nature qu'il faut rapporter les sueurs de sang dont il est parlé chez quelques auteurs. Les hémorragies internes, ou pour mieux dire les exhalations et les épanchemens de sang dans les viscères eux-mêmes, dans l'encéphale, par exemple, ne sont pas exemptes d'une sorte de périodicité remarquable, surtout dans les attaques d'apoplexie, que l'on voit se renouveler à chaque saison chez certains sujets, jusqu'à ce qu'enfin ils succombent.

Les observateurs ont rapporté des cas de sueurs, de salivations, de vomissemens, de diarrhées, de diabètès, périodiques.

Parmi les névroses, ou du moins ce qu'on appelle ainsi, le tintouin, la surdité, l'amaurose, l'apoplexie; la catalepsie, l'épilepsie, l'hypocondrie, la mélancolie, la manie, le somnambulisme, le cauchemar, le coma, les convulsions, la chorée, la paralysie, la céphalalgie, le vertige, l'odontalgie, la mutité, le rire morbide, l'otalgie, la dysphagie, la cardialgie, la pyrose, l'asthme, la toux, le hoquet, les palpitations, la syncope, la polydypsie, la boulimie, la colique, l'iléus, le nymphomanie, l'hystérie, enfin les névralgies surtout, ont été observées avec le type périodique, les unes le plus ordinairement, les autres dans un petit nombre de cas. L'intermittence est si fréquente dans ces affections que, bien loin de nier leur périodicité, on a été jusqu'à prétendre que toute maladie périodique était une névrose.

Si par syphilis, scorbut, cancer, tubercules, scrofules, rachitis, éléphantiasis, anévrysme, hydropisies, en un mot, si par lésions organiques, on n'entendait parler que des altérations profondes et si souvent irrémédiables de structure, qui forment comme la dernière scène des maux nombreux et chroniques, à siéges multiples, désignés sous ces noms collectifs, il est certain que rien de tout cela n'est périodique. Mais, chez quelques sujets, on voit se renouveler pour la cause la plus légère, et même sans cause apparente, des excoriations à la

verge, aux grandes lèvres, des écoulemens par l'urètre ou le vagin; chez d'autres des plaques rougeâtres, brunâtres, violacées, paraissent vers l'automne et disparaissent au printemps; des boutons d'un mauvais caractère, dit-on, cessent, puis reparaissent jusqu'à ce qu'enfin ils demeurent permanens; des irritations blafardes du nez, des lèvres, des gonflemens des ganglions lymphatiques, se manifestent en automne et se dissipent en été; des exostoses se développent, disparaissent, puis reviennent; la tuméfaction énorme des membres, des mamelles, s'accroît par accès assez souvent réguliers; on voit tous les signes d'un anévrysme interne diminuer, cesser, puis reparaître, et cesser encore, selon que le sujet est soumis à un régime convenable ou reçoit une nouvelle accablante. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'hydropisie qui ne soit, jusqu'à un certain point périodique, dans un très-petit nombre de cas. Fourcroy observa un cas d'anasarque qui revenait chaque année. L'œdème est très-souvent mensuel chez les femmes à l'époque de la cessation des règles.

Si les altérations organiques profondes ne sont point, et ne peuvent être périodiques, il n'en est pas de même de leurs phénomènes sympathiques, qui d'abord constituent par leur ensemble des fièvres de divers caractères, et avec le type continu; puis une fièvre hectique erratique, ensuite des accès réguliers de fièvre, souvent quotidienne, parfois quarte, et enfin une fièvre hectique continue, quand le mal est arrivé au dernier degré. Si des dérangemens aussi profonds dans la texture des organes, déterminent des accès périodiques d'accélération de la circulation, pourquoi l'inflammation aiguë n'en ferait-elle pas autant? On ne nie pas qu'elle puisse donner lieu à des redoublemens de ses symptômes sympathiques. Mais, dira-t-on, comment supposer que cet homme, chez lequel il n'y a qu'une heure tout semblait annoncer une pleurésie, ait éprouvé véritablement cette inflammation et puisse se trouver en bonne santé? N'avez-vous donc pas vu des hommes périr tout à coup d'un point pleurétique des plus violens, et d'autres qui, à la suite d'une sueur abondante, survenue spontanément, ou hardiment provoquée, recouvraient toute leur santé? L'auteur de cet article a été dans ce cas à la suite d'un travail corporel, prolongé durant plusieurs heures, à l'ardeur du soleil. Que savez-vous d'ailleurs, si le rétablissement du poumon, de la plèvre, est aussi complet que vous le supposez? Ne savez-vous pas qu'il suffit de trois accès semblables pour faire périr le sujet le plus robuste, quoique le dernier ne dure que quelques heures? Avez-vous ouvert le cadavre de ceux que le quinquina n'a point sauvés? Si vous ne l'avez point fait, permettez qu'en l'absence de l'observation

directe, l'analogie prononce, et ne voûs armez point de votre ignorance contre la raison.

Il est peu de maladies dans lesquelles il n'y ait quelque trace de périodicité; celles qui sont décidément périodiques, doivent être traitées pendant la durée de leurs accès comme des maladies continues, mais en insistant sur les dérivatifs plus que sur les émissions sanguines, quand le cours de la maladie est rapide; et il faut chercher à prévenir le retour des accès d'une part, à l'aide du régime qui préserve des rechutes d'inflammation; et de l'autre, par un emploi énergique des révulsifs, surtout internes, et principalement du quinquina, aux approches des accès.

On sait assez bien la marche à suivre dans les maladies périodiques aiguës; il n'en est pas de même dans celles qui sont chroniques; l'expérience démontrera peut-être, par la suite, l'utilité de certains cycles thérapeutiques, analogues à ceux des méthodistes, mais calculés d'après la nature et le siége du mal, d'après la connaissance mieux approfondie des moyens de traitement et un examen attentif de la susceptibilité individuelle. *Voyez* PÉRIODICITÉ et QUINQUINA.

Que penser de l'opinion des auteurs qui ont prétendu que toute irrégularité dans le cours des maladies d'accès excluait l'idée de périodicité? Cette distinction serait bonne à quelque chose, si on pouvait démontrer que les accès d'une fièvre erratique, provenant d'une péripneumonie chronique, n'ont rien de commun entre eux, et que les apoplexies successives qui font périr tant de vieillards, sont uniquement dues à l'influence des causes externes, sans prédisposition morbide de l'encéphale. Le scolasticisme a fait divaguer étrangement les médecins. Au lieu de nier la liaison toujours incontestable qui existe entre les retours d'une maladie, il faut s'attacher uniquement à rechercher s'ils dépendent d'une qualité inhérente au sujet, ou d'une circonstance extérieure, ou enfin de l'une et de l'autre; ce n'est que par là qu'on peut arriver à des données utiles à la direction du traitement.

Les maladies *périodiques* sont appelées *intermittentes* quand des intervalles de santé séparent le retour de leurs phénomènes; *rémittentes*, quand, sans cesser de se manifester, leurs phénomènes subissent des redoublemens plus ou moins rapprochés.

PÉRIOSTE, s. m., *periosteum;* membrane fibreuse qui couvre les os dans toute leur étendue, à l'exception des surfaces articulaires.

Cette membrane est grisâtre, et présente à peu près la même teinte sur tous les os. Sa surface externe est tomenteuse, et hérissée de filamens qui se confondent avec le tissu cellulaire

ambiant, ou avec les ligamens et les tendons. L'interne est unie à l'os par une multitude infinie de prolongemens qui accompagnent les vaisseaux dans son intérieur. L'adhérence entre elle et la substance osseuse est plus intime chez les adultes, et là où les os sont adhérens et spongieux, que dans les autres points et chez les enfans.

L'épaisseur du périoste varie beaucoup; elle est en proportion du nombre de vaisseaux que l'os reçoit. Cette membrane a une texture fibreuse, et prend les caractères du fibro-cartilage dans les endroits où elle est exposée aux frottemens de quelque tendon. Ses fibres ne sont pas partout parallèles à celles de l'os qu'elle entoure, et les externes ont plus d'étendue que les internes. Les prolongemens qu'elle envoie dans l'intérieur de l'organe ne s'unissent pas à la membrane médullaire; mais ils expliquent pourquoi, quand le périoste a été détruit dans une étendue un peu considérable, la portion d'os située au dessous se trouve frappée de mort, quoique ce ne soit d'ailleurs toujours qu'à la surface.

Les vaisseaux sanguins sont très-abondans dans le périoste; on y a entrevu aussi des lymphatiques; mais on n'y connaît pas de nerfs.

Autrefois, on pensait que l'os était le produit d'une métamorphose du périoste. Cette opinion, soutenue par Duhamel, n'est plus admise aujourd'hui, quoiqu'on sache bien que le périoste prend part à l'accroissement des os en épaisseur, ainsi qu'à la réparation des plaies ou des névroses des os, comme nous l'avons dit aux articles CAL, NÉCROSE et OS.

Les simples divisions du périoste se réunissent et guérissent très-bien. Lorsque cette membrane a été enlevée, elle se reproduit à la suite d'une névrose superficielle. Son inflammation constitue la PÉRIOSTOSE, et se termine par résolution, suppuration, gangrène, ou formation d'un tissu accidentel, d'une production cérébriforme, d'un véritable cancer.

PÉRIOSTOSE, s. f., *periostosis*. On désigne sous ce nom l'engorgement, la tuméfaction du périoste, causée par l'inflammation de ce tissu fibreux, et qu'il serait plus convenable d'appeler *périostite*.

Cette maladie est encore peu connue, et l'on s'est peu occupé de l'étudier sous le point de vue de l'anatomie pathologique, qui, seule cependant, pourrait éclairer sur ses véritables caractères, et sur la nature des altérations qu'elle détermine. Tout ce que nous savons sur la périostite est très-vague, puisqu'il est presque impossible de dire si, dans les cas qui ont été décrits sous ce nom, il existait seulement maladie du périoste, ou en même temps affection de l'os sous-jacent. Quoi qu'il en soit, voici ce qu'on sait de plus certain à ce sujet.

Les tumeurs produites par le gonflement inflammatoire du périoste se développent avec rapidité, et sont presque toujours très-douloureuses, surtout quand elles commencent à se former. Quelquefois cependant elles sont presque indolentes. Dans le principe, elles sont ordinairement fort dures, adhérentes à l'os et non circonscrites; mais à mesure qu'elles font des progrès, et qu'elles acquièrent plus de volume, elles perdent une partie de leur consistance. L'inflammation envahit souvent la peau, qui s'ulcère, et laisse suinter un pus de mauvaise nature, dont la sortie n'est pas suivie d'un affaissement notable. Au bout d'un laps de temps plus ou moins long, une matière sanieuse, grisâtre et solide se détache, et laisse à découvert l'os, qui est tantôt frappé de nécrose, et tantôt aussi couvert de bourgeons charnus. Il paraîtrait donc que l'inflammation convertit le périoste et le tissu cellulaire voisin en une matière d'un blanc grisâtre, homogène, assez consistante, et analogue à une sorte de bouillie. C'est à l'anatomie pathologique qu'il appartient de mettre plus de précision dans ces notions vagues et incertaines.

Au reste, quoique nous admettions ici l'identité de la périostose et de la périostite, il n'est pas prouvé que l'inflammation du périoste s'accompagne toujours d'un gonflement assez considérable pour produire les tumeurs volumineuses et dures que les auteurs désignent sous le nom de périostoses. Peut-on admettre avec Boyer que la périostose est susceptible d'affecter, tantôt l'épaisseur entière du périoste, et tantôt seulement une partie de cette membrane?

Les périostoses ont été données pour un caractère de la syphilis, d'où l'on a conclu qu'elles ne réclament aucun traitement spécial. Est-il donc vrai que le périoste ne puisse s'enflammer que sous l'influence sympathique d'une irritation de la membrane muqueuse génitale? Les douleurs ostéocopes des lépreux et des scorbutiques s'élèvent contre cette assertion. Est-il rationnel d'abandonner à elle-même cette affection pour combattre l'être hypothétique auquel on l'attribue, et que personne n'a jamais vu? Dans l'état actuel de la science, il n'est aucun praticien judicieux qui n'applique aux périostoses le traitement des inflammations locales. Mais nous le répétons, l'histoire de cette maladie est encore couverte d'une obscurité que le temps et les ouvertures de cadavres pourront seuls dissiper.

PÉRIPNEUMONIE, s. f., *peripneumonia*. *Voyez* PNEUMONIE.

PÉRIPNEUMONIQUE, *peripneumonica*, *fièvre péripneumonique*; nom donné à l'inflammation du poumon par les auteurs qui n'y voyaient qu'une fièvre, c'est-à-dire qu'un état inflammatoire général, avec point de côté profond et fixe,

comme aujourd'hui quelques médecins s'obstinent à donner le nom de *fièvre gastrique* à la *gastrite* aiguë avec symptômes sympathiques. On donne aussi le nom de *péripneumonique* à une *fièvre* pernicieuse. *Voyez* PERNICIEUX et PNEUMONIE.

PÉRISTALTIQUE, adj., *peristalticus;* mode particulier de contraction dont le canal alimentaire est le siége.

Le mouvement péristaltique du tube intestinal consiste en une série de contractions qui commencent par un des points de l'étendue du canal, pour ensuite s'exécuter successivement et de proche en proche dans tous les autres. Comme le conduit alimentaire a deux plans de fibres, l'un longitudinal, l'autre transversal, il résulte de ces contractions un rétrécissement suivant le diamètre du canal et une diminution dans sa longueur. Elles ont pour usage de déterminer la progression des substances solides, molles, liquides ou gazeuses dans l'intérieur de l'intestin.

Au reste, le mouvement péristaltique ne se conforme pas d'une manière rigoureuse au type abstrait qui vient d'être tracé; on n'y observe pas, sur l'animal vivant, la succession dont nous venons de parler : on remarque seulment une sorte d'ondulation, tantôt bornée à un seul point du tube intestinal, tantôt se manifestant à la fois dans plusieurs, qui, dans quelques cas, paraît se diriger de la partie inférieure vers la partie supérieure, et qui, d'autres fois, le plus souvent, se portent dans une direction opposée. Du reste, les contractions sont lentes et ne sont pas successives; elles cessent de se manifester sur un point pendant quelques instans; puis elles ont lieu sur un autre, de manière qu'il règne la plus grande irrégularité dans le temps, le lieu et la durée de leur apparition.

PÉRISTAPHYLIN, adj. et s. m., *peristaphylinus.* Les anatomistes ont donné ce nom à deux muscles qui concourent à former le voile du palais.

Le *péristaphylin externe* est allongé, mince et aplati. Il naît, par des fibres tendineuses, dans la fosse scaphoïdienne de l'apophyse ptérygoïde, à la partie antérieure et externe du fibro-cartilage de la trompe d'Eustache, et à la région voisine de la grande aile du sphénoïde jusqu'à l'épine de cet os. Descendant ensuite verticalement le long du bord postérieur de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, il se contourne sous le crochet qui le termine, après avoir dégénéré en une aponévrose qui se fronce sur elle-même au moment de cette réflexion, et qui est maintenue en place par un très-petit ligament. De là, cette aponévrose se porte horizontalement en dedans, s'épanouit dans le voile du palais, s'unit à celle du côté opposé, et se termine à la crête transversale qu'on aperçoit sur la face inférieure de la portion horizontale de l'os du palais, d'où elle envoie un prolongement à la membrane dense et serrée qui

maintient en haut la solidité du voile du palais. Ce muscle tend le voile du palais horizontalement.

Le *péristaphylin interne* est plus fort que le précédent, grêle, allongé, et situé sur les côtés des ouvertures postérieures des fosses nasales. Il naît de la face inférieure du rocher, au devant de l'orifice externe du canal carotidien, et provient aussi de la partie voisine du fibro-cartilage de la trompe d'Eustache. Sa direction est un peu oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans; à sa partie inférieure, il s'élargit et se termine dans le milieu du voile du palais, en se confondant avec celui du côté opposé, avec le palato-staphylin, et un peu avec le pharyngo-staphylin et l'aponévrose du précédent. Il élève le voile du palais, ou l'applique contre les ouvertures postérieures des fosses nasales.

PÉRITOINE, s. m., *peritonæum;* membrane séreuse contenue dans l'abdomen, et qui enveloppe les viscères logés dans cette cavité, à l'exception de ceux qui occupent la partie la plus inférieure du bassin.

Comme toutes les membranes séreuses, le péritoine est mince, blanc et translucide. Dans son trajet très-compliqué, il forme un grand nombre de replis provenant de la manière dont il passe d'un organe à l'autre, et qui remplissent des usages divers, quoique destinés, pour la plupart, à assujétir les viscères abdominaux dans leur situation respective. Dans l'homme, il représente un sac sans ouverture, dont la surface interne, lisse, et humectée par une perspiration vaporeuse, est partout en contact avec elle-même. Chez la femme, il est percé de deux ouvertures qui correspondent au niveau des pavillons des trompes de Fallope, avec la membrane muqueuse desquelles il semble se continuer. Jouissant partout d'une grande sensibilité, il ne se déchire point, même lorsqu'il éprouve une distension considérable, soit lente, soit subite. Cependant sa force n'est pas la même sur tous les points. En effet, son feuillet externe est plus fort et plus épais que l'interne; il offre aussi plus de résistance à la région lombaire et à sa partie inférieure antérieure, qu'à sa partie supérieure.

On peut distinguer, dans son feuillet externe, quatre parois, antérieure, supérieure, postérieure et inférieure, dont la face externe s'attache presque de toutes parts à la face interne des parois abdominales.

La paroi antérieure tapisse la ligne blanche, l'aponévrose commune antérieure des muscles larges du bas-ventre, et la partie antérieure de la portion charnue du muscle transverse. L'aponévrose est la partie à laquelle elle adhère de la manière la plus intime, et le ventre du muscle transverse celle à laquelle elle tient le plus faiblement. Sur ce point le péritoine a

tous les caractères d'une membrane séreuse à sa partie inférieure; mais, supérieurement, il est revêtu en dehors d'une couche de fibres albuginées, dirigées en travers, tout à fait distinctes de l'aponévrose abdominale et de la ligne blanche, et qui se terminent, vers le nombril, par un bord demi-circulaire. Cette paroi antérieure est parcourue, depuis la vessie jusqu'à l'ombilic, par l'ouraque et les débris des vaisseaux omphalo-mésentériques, qui font saillie à sa face interne. Elle fournit aussi, de bas en haut et de droite à gauche, un grand repli triangulaire et falciforme, appelé ligament suspenseur du foie, dont le bord postérieur s'attache, d'avant en arrière, à la face supérieure du foie, séparant l'un de l'autre le lobe droit et le lobe gauche de cette glande.

La paroi supérieure couvre la face inférieure du diaphragme, à laquelle elle n'adhère que d'une manière assez faible. Du côté droit, son bord postérieur se réfléchit sur le foie, et non-seulement tapisse cette glande tout entière, mais encore, après avoir enveloppé le cordon formé par l'artère hépatique, la veine porte et le canal hépatique, va gagner la partie supérieure du duodénum, où il se continue avec le grand et le petit épiploons, de même qu'avec le mésocolon transverse. On donne le nom de ligament coronaire du foie à un repli très-court qui existe entre le bord mousse de ce viscère et la paroi supérieure du péritoine. Deux autres replis latéraux, l'un à droite, l'autre à gauche, ont reçu celui de ligamens triangulaires du foie. Celui de gauche est beaucoup plus grand que celui de droite, s'étend depuis le bord postérieur et le sommet du petit lobe du foie, jusqu'à la paroi supérieure du feuillet péritonéal externe, et se continue en devant avec le ligament suspenseur. L'autre est situé entre la réunion des bords postérieur et antérieur du foie et celle des parois supérieure, postérieure et antérieure du péritoine. Cette dernière membrane se réfléchit de tous côtés sur l'œsophage et la partie supérieure de l'estomac, dans l'endroit où le canal traverse le diaphragme pour pénétrer dans la cavité abdominale. Les replis qui en résultent sont désignés sous le nom de ligamens phréno-gastriques, et distingués en droit et en gauche. Le premier se continue avec le petit épiploon, et le second avec le ligament suspenseur de la rate. Ce dernier, situé plus à gauche, entre l'extrémité supérieure de la rate et le bord postérieur de la paroi supérieure du péritoine, se continue lui-même avec l'épiploon gastro-splénique, autre repli tendu entre la scissure de la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac, qui s'unit à sa partie inférieure avec le grand épiploon et le mésocolon transverse.

La paroi postérieure, qui descend de la paroi supérieure du bord postérieur du foie, du cardia, de la partie gauche de la

grande courbure de l'estomac et de l'extrémité supérieure de la rate, pour passer sur la portion lombaire du diaphragme, abandonne, au bas de cette dernière, la paroi postérieure de la cavité du bas-ventre, et s'étend au devant du pancréas et du duodénum, parties auxquelles elle n'est unie que par des liens très-lâches. Arrivée au bord inférieur du pancréas, elle se dirige en bas et en devant, forme le feuillet supérieur du mésocolon transverse, se replie sur elle-même pour embrasser le colon transverse, descend ensuite devant l'aorte, la veine cave et les reins, se réfléchit de là sur les portions ascendante et descendante du colon, et après avoir revêtu ces parties, ainsi que le duodénum, gagne la partie postérieure du muscle transverse du bas-ventre, où elle se continue avec la paroi antérieure. Dans son milieu, on observe un grand repli dirigé obliquement de haut en bas et de gauche à droite, qui commence à la hauteur de la seconde vertèbre lombaire, et dont le bord libre embrasse l'intestin grêle tout entier, à l'exception du duodénum. Ce repli est connu sous le nom de MÉSENTÈRE.

La paroi inférieure, celle qui correspond à la portion pelvienne de la cavité abdominale, adhère d'une manière peu intime sur les côtés aux muscles iliaques, à la partie inférieure de ceux du bas-ventre, aux releveurs de l'anus, au plexus sacré; en devant, aux muscles obturateurs internes et à la face antérieure de la vessie; en arrière, à la partie supérieure du sacrum, d'où elle se réfléchit sur le sommet du rectum. Elle est composée de deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, entre lesquelles se trouvent compris le rectum et la vessie chez l'homme, ces deux organes et en outre la matrice chez la femme. Elle forme, sur les côtés, deux replis semi-lunaires étendus du rectum à la partie inférieure de la vessie, chez l'homme, et à celle de la matrice, chez la femme. Ces replis diminuent en raison de la distension des organes entre lesquels ils sont tendus. Dans le sexe féminin, la paroi inférieure du bas-ventre offre encore, sur chacun de ses côtés, un repli considérable, appelé ligament large de la matrice, qui s'attache à la partie supérieure du vagin, à toute la paroi latérale de la matrice, aux trompes de Fallope et aux ovaires. Mais la région la plus importante de cette paroi est celle qui se trouve comprise entre l'extrémité interne de la crète iliaque et la symphyse du pubis. Là, on y remarque deux enfoncemens, séparés l'un de l'autre par le ligament ombilical et le repli péritonéal qui l'enveloppe, et qui portent le nom de fosses inguinales. Ces fosses sont distinguées en interne ou supérieure, et externe ou inférieure. La première est plus considérable que la seconde. A l'endroit où commence le canal inguinal, le péritoine offre assez ordinairement un petit enfoncement qui in-

dique la trace du prolongement au moyen duquel le péritoine s'étendait dans l'origine jusqu'au fond du scrotum.

Quant au feuillet interne du péritoine, celui qui s'étend à la surface des viscères abdominaux, il est plus mince que l'interne. Ses rapports ne sont pas les mêmes avec tous les organes. Il en est qu'il tapisse d'une manière immédiate, tandis qu'à l'égard des autres, il se contente de les unir au feuillet externe par des duplicatures plus ou moins considérables. Sur certains points, il dépasse le contour des viscères, et produit ainsi des prolongemens, dont quelques-uns sont tout à fait libres et pendans.

Les replis de ce feuillet interne sont de plusieurs sortes. Les uns s'étendent du feuillet externe au canal intestinal. On les appelle, d'un nom générique, mésentères, et on les distingue en MÉSENTÈRE proprement dit, MÉSOCOLONS et MÉSORECTUM. Les autres s'étendent du feuillet externe à des organes autres que le tube alimentaire. Ceux-ci ont reçu le nom de ligamens : tels sont ceux de l'estomac, du foie et de la rate. Quelques-uns, nommés ÉPIPLOONS, s'étendent d'un viscère à un autre. Plusieurs enfin sont libres et pendans à la surface d'un organe; on les désigne sous le nom d'*appendices épiploïques*.

II. Les maladies du péritoine sont l'*inflammation* ou la PÉRITONITE et les nombreuses altérations de texture qui en sont la suite, l'ASCITE, la TYMPANITE, les *épanchemens de sang*, de *bile*, d'*alimens*, d'*urine*, d'*excrémens*, de *pus* dans sa cavité, et les *plaies*.

La cavité du péritoine est le siége des épanchemens stercoraux, bilieux, urinaires ou sanguins, auxquels peuvent donner lieu, soit la hernie, soit les étranglemens internes, soit enfin les blessures pénétrantes de l'abdomen, et qui augmentent constamment la gravité de ces lésions. Les chirurgiens ne possédaient que des idées vagues et inexactes sur le mécanisme suivant lequel se forment les collections de ce genre, lorsque le fils de l'illustre J. L. Petit fixa leur attention sur ce point, et en fit l'objet de ses nombreuses recherches. On avait pensé jusque là que le péritoine, offrant de toutes parts une surface lisse, polie, et libre d'adhérences, les liquides devaient s'épancher sans obstacle dans sa cavité, et envahir ses régions les plus profondes comme les plus superficielles, aussitôt que des blessures atteignent les organes ou les canaux qu'il renferme. Petit démontra, au contraire, que l'enceinte contractile de l'abdomen, aidée du diaphragme, pressant les instestins les uns contre les autres, et comprimant tous les viscères de manière à ne laisser entre eux aucun espace vide, oppose un obstacle habituel et puissant à l'issue des liquides contenus dans les vaisseaux ou les réservoirs accidentellement ouverts

par les corps extérieurs au milieu du ventre. De ce principe fécond découle la théorie, actuellement adoptée relativement aux épanchemens abdominaux.

Afin que des liquides puissent former des extravasations dans le péritoine, il faut absolument qu'ils soient poussés hors des canaux qui les renferment avec une force supérieure à la compression exercée de dehors en dedans, par les muscles du bas-ventre sur ces mêmes organes. On observe alors un phénomène semblable à celui qui a lieu dans les blessures des vaisseaux extérieurs, où le tissu cellulaire ambiant oppose à l'hémorragie une résistance telle, que la sortie du sang est enfin empêchée. On a vu plusieurs fois l'abdomen traversé d'un côté à l'autre, ou d'avant en arrière, par des armes aiguës, telles que des épées ou des bayonnettes, ne devenir le siége d'aucun épanchement, bien que des portions d'intestins ou des vaisseaux artériels ou veineux eussent été atteints. On a prétendu qu'alors la surface polie et mobile des circonvolutions intestinales ou des ramifications vasculaires avaient pu glisser sur l'extrémité de l'instrument vulnérant, et échapper à son action; mais cette explication, plausible dans quelques circonstances, ne saurait être admise chez les sujets où des anses d'intestins blessés, et sortis au dehors, ont été réduites sans qu'aucun épanchement ait suivi cette manœuvre, d'ailleurs imprudente et dangereuse. On a trouvé plusieurs fois les intestins tellement gangrénés et ramollis, qu'ils paraissaient difluens, et ne pouvaient résister aux plus légers efforts; et cependant les liquides qu'ils contenaient avaient été maintenus dans leur cavité par la pression constante des parois abdominales sur leur périphérie.

Des circonstances diverses tendent toutefois à rendre plus ou moins faciles, rapides ou considérables les épanchemens formés dans le péritoine. L'étendue des ouvertures, à travers lesquelles sortent les matières qui doivent les constituer, la consistance variable de ces matières, la contraction plus ou moins forte des organes creux qui les renferment, l'état de relâchement ou de rigidité des muscles du ventre, sont autant de causes qui établissent entre eux des différences presque infinies. On conçoit facilement que les blessures des artères doivent être plus aisément que celles des veines suivies de l'extravasation du sang dans le péritoine. L'urine sort ordinairement avec plus de facilité de la vessie que la bile de son réservoir, ou les matières fécales des intestins. Si la force de résistance et de compression des parois abdominales sur les viscères est supérieure, ou seulement même égale à celle qui tend à pousser les liquides hors de leurs canaux, il est évident qu'aucun épanchement ne saurait avoir lieu; lorsque la seconde de ces puissances est de très-peu supérieure à l'autre

la collection se forme avec lenteur; mais elle est rapide au contraire toutes les fois que cette différence est portée fort loin. Enfin, l'épanchement devient d'autant plus considérable, que le liquide qui le fournit est plus abondant dans le vaisseau ou le réservoir ouvert, qu'il se renouvelle plus promptement, et qu'il est moins disposé à se coaguler hors des voies normales de son cours.

Les matières sorties de leurs canaux, et répandues dans la cavité péritonéale, ne se disséminent jamais dans toutes les parties de cette cavité. Elles se rassemblent, au contraire, d'abord aux environs de la blessure qui leur donne issue, puis s'étendent successivement et de proche en proche, en écartant les parties qui leur présentent le moins de résistence, jusqu'aux points les plus déclives de l'enceinte abdominale, où elles s'accumulent et forment des dépôts plus ou moins considérables. On a vu des épanchemens circonscrits à une fort petite distance de la plaie à travers laquelle s'était écoulé le liquide, et d'autres, où celui-ci avait glissé fort loin à la surface des circonvolutions intestinales, sans y pénétrer, de manière à se rassembler dans l'une ou l'autre des fosses iliaques.

La même cause qui tend à prévenir ou à limiter les extravasations de matières étrangères dans la cavité du péritoine, agit efficacement aussi pour y mettre un terme. A mesure que l'épanchement se forme, il distend l'abdomen, et trouve plus de résistance à s'accroître; la force de compression des muscles, qui était d'abord inférieure à celle d'expulsion du liquide hors de sa cavité propre, lui devient graduellement égale et enfin supérieure, ce qui ne permet plus à l'épanchement de continuer. Il y a plus, chez plusieurs sujets, le liquide, qui formait dans l'abdomen une collection manifeste, a été porté à travers une plaie de l'intestin jusque dans la cavité du colon ou du rectum, et ensuite évacué par la voie des selles. On trouve dans le recueil des Mémoires de médecine militaire, un fait très-curieux de blessure abdominale, où Vial observa que le sang, au lieu de s'épancher dans le ventre, pénétrait immédiatement à travers une plaie du gros intestin, de manière à fournir par l'anus une hémorragie abondante. Là, une disposition assez rare prévint l'épanchement, en permettant à la force de compression des muscles abdominaux de refouler incessamment dans une cavité étrangère, et par suite au dehors, le liquide qui tendait à le former.

Mais les phénomènes mécaniques des épanchemens sont les moins importans peut-être de ceux dont la cavité du péritoine est le siége dans les cas qui nous occupent. Les matières étrangères qui forment les collections abdominales ont à peine touché la surface du péritoine, qu'elles y développent une irritation plus ou moins vive, et un mouve-

ment manifeste d'inflammation. L'intensité et les résultats de cette phlogose varient suivant la nature plus ou moins âcre des liquides qui la produisent. L'urine, la bile et les matières stercorales, par exemple, déterminent toujours une inflammation violente, dont la marche est rapide et l'issue ordinairement funeste en peu de jours. Le sang, au contraire, n'excite qu'une stimulation modérée et la formation d'adhérences qui circonscrivent le foyer dans lequel il est rassemblé. C'est à cette phlegmasie et au travail de résorption ou de suppuration qui lui succède, que sont dus tous les accidens produits par les épanchemens abdominaux, et dont on ne peut se former des idées exactes qu'en étudiant chacun d'eux en particulier.

Le sang forme plus souvent qu'aucun autre liquide des collections dans l'abdomen. Lorsque l'hémorragie est abondante et rapide, elle s'accompagne de tous les symptômes qui caractérisent les accidens de ce genre, tels que la pâleur du visage, le froid des tégumens et des extrémités, les défaillances, la petitesse toujours croissante du pouls, la pâleur générale, etc. A ces phénomènes s'ajoute quelquefois une tuméfaction subite, avec mollesse et fluctuation au ventre, signe caractéristique de l'épanchement, et qui ne permet pas de méconnaître son existence. Les cas de cette espèce appartiennent aux blessures de l'aorte, de la veine cave ou de quelques autres vaisseaux d'un très-gros calibre; mais ils sont heureusement assez rares. Chez le plus grand nombre des sujets, l'épanchement se fait avec lenteur; il ne provoque d'abord aucun accident, et reste inaperçu durant les cinq ou six premiers jours. A cette époque seulement, les phénomènes produits par l'inflammation des organes blessés, commençant à disparaître, on voit se prononcer de plus en plus ceux qui appartiennent à la collection sanguine. Celle-ci est toujours unique et circonscrite au milieu de la cavité abdominale, à moins que plusieurs vaisseaux n'aient été ouverts. Le sang qui la forme, rassemblé dans un foyer, s'y coagule avec lenteur; une irritation se développe autour de lui, et, en même temps que ses parties les plus liquides sont absorbées, une pseudo-membrane recouvre la portion du péritoine qui est en contact avec lui, et l'enveloppe d'une sorte de kyste plus ou moins épais. Des adhérences étendues aux environs, entre les feuillets péritonéaux, achèvent de limiter et d'affermir la poche qui renferme le liquide. Un double mouvement d'absorption et d'exhalation a lieu dans la cavité de cette enveloppe; le sang, coagulé, tantôt acquiert de plus en plus de consistance, diminue de volume, et disparaît suivant un mécanisme analogue à celui que l'on observe après l'opération de l'anévrysme par la

méthode d'Anel; tantôt, au contraire, il se liquéfie de nouveau, devient noirâtre, filant, et fait l'office d'un corps étranger qui stimule avec force les parties sur lesquelles il agit.

Dans le premier cas, dont Pelletan a rapporté quelques exemples, le foyer sanguin ne détermine aucun accident; sa présence peut même rester ignorée, excepté lorsque la tumeur qu'il forme est accessible à la pression, et peut être distinguée en palpant l'abdomen. Dans le second, au contraire, il provoque tous les symptômes des collections purulentes internes. L'irritation déterminée par le sang dans la poche membraneuse qui le renferme, y occasione une exhalation plus abondante; cette poche se distend, du pus sécrété par sa face interne se mêle presque toujours à la masse sanguine; bientôt le travail d'expulsion se prononce, et tend à porter celle-ci au dehors. Une douleur obstuse à la région que l'épanchement occupe; une élévation d'abord peu remarquable des parois du ventre, mais qui devient chaque jour plus manifeste, en même temps que la fluctuation, d'obscure et profonde qu'elle était, se rapproche de la peau et se caractérise avec plus d'évidence, tels sont les phénomènes locaux que l'on observe le plus souvent alors. Une fièvre continue avec des exacerbations précédées de frissons irréguliers, achève de caractériser la nature de la maladie dont le blessé est atteint. Ajoutez encore que ces accidens ne surviennent que du sixième au huitième ou au quinzième jour, à l'instant où tous les phénomènes primitifs de la plaie abdominale sont à peu près dissipés, et où tout semblait annoncer une guérison prochaine.

La partie antérieure et inférieure du ventre est le siége le plus ordinaire des collections sanguines qui nous occupent; elles compriment souvent alors la vessie, le rectum, et les autres organes du voisinage, d'où résultent presque toujours de la constipation, des envies fréquentes d'uriner, un sentiment de pesanteur dans le bassin, et des troubles variables dans l'action digestive. On a vu des épanchemens sanguins se rassembler dans l'hypocondre sur lequel le blessé restait habituellement couché, ou entre le foie et le colon ascendant, ou même entre l'estomac et la portion transverse du gros intestin. Dans ces cas, très-rares, le dépôt peut déterminer des coliques, des vomissemens, des désordres dans l'écoulement de la bile, et d'autres effets analogues, résultats, ou de son action mécanique sur les viscères, ou de l'extension, à leurs parois, de la phlegmasie dont il est le siége.

Les symptômes produits par les épanchemens sanguins abdominaux vont presque toujours en augmentant. Une fois que l'irritation s'est développée à un certain degré dans le kyste qui les renferme, leur absorption ne doit plus être espérée. Le sang s'est quelquefois ouvert une issue à travers l'intestin, mais

les faits de ce genre sont si peu nombreux que l'on ne doit pas compter sur un mouvement aussi favorable. Si la chirurgie ne vient promptement au secours du blessé, l'expérience a démontré que sa perte est à peu près certaine : les douleurs s'étendent graduellement à tout le ventre, la fièvre redouble de violence; les hoquets, les vomissemens, les sueurs froides, l'amaigrissement rapide, la décomposition des traits de la face, annoncent et précèdent la terminaison funeste de la maladie.

Aussitôt donc que les signes de l'épanchement du sang dans l'abdomen sont manifestes, il faut recourir à une incision méthodiquement pratiquée qui lui donne issue au dehors. Cette opération ne doit être toutefois pratiquée qu'après que l'on a acquis la certitude de la cessation de l'HÉMORRAGIE interne. La division des parois abdominales doit être faite dans le lieu le plus saillant et au centre de l'épanchement, qui occupe ordinairement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'une ou l'autre des régions iliaques. Dans ce cas, le sujet étant convenablement situé, et l'appareil ayant été préparé, le chirurgien fait, parallèlement au muscle droit, à un demi-pouce du bord externe de cet organe, du côté plus élevé de la tumeur, un incision longue de deux pouces environ. Prolongée de haut en bas depuis le niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, jusqu'à un pouce au dessus de l'anneau inguinal, cette division doit ne comprendre d'abord que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; les plans musculaires sont ensuite incisés avec précaution jusqu'à ce qu'on arrive au péritoine. Il faut alors, avec le doigt introduit dans la plaie, s'assurer de nouveau de la présence du liquide, avant d'ouvrir la membrane séreuse. L'évacuation du sang étant terminée, une bandelette de linge effilé doit être introduite jusque dans la cavité du foyer; la plaie est ensuite pansée simplement, et il convient de donner au sujet la situation la plus favorable à l'écoulement de la suppuration. Lorsque celle-ci, malgré toutes les précautions, séjourne dans les parties, quelques injections d'eau d'orge, faites avec prudence, à chaque pansement, serviront à l'entraîner au dehors. Si après avoir ouvert le péritoine il ne sortait rien, et que les intestins se présentassent à la plaie, il faudrait introduire le doigt dans l'abdomen et chercher à reconnaître, avec son extrémité, le siége de l'épanchement. Boyer prescrit alors de rompre les adhérences qui limitent le foyer, afin d'établir une communication entre sa cavité et sa plaie; mais un semblable procédé expose à des inflammations qu'il serait peut-être difficile de combattre ensuite, et il vaudrait mieux, ou agrandir la division que l'on a pratiquée, de manière à la prolonger jusqu'au siége de l'épanchement, ou la réunir par première intention, et ouvrir une seconde fois l'abdomen au devant de la collection sanguine.

Lorsque la cicatrisation de la plaie commence à s'opérer et marche régulièrement, il faut supprimer la bandelette de linge effilé et panser la partie à plat. Après la guérison, un bandage approprié doit être constamment porté par le sujet, afin de soutenir la cicatrice et de prévenir la formation des hernies.

L'abondance et la liquidité des matières contenues dans l'intestin ou l'estomac exercent une grande influence sur la production des épanchemens péritonéaux qu'elles peuvent former. Il faut aussi, pour que cet accident redoutable ait lieu, que la blessure du tube digestif présente une certaine étendue. Les douleurs abdominales, les efforts de vomissement, les agitations produites par le transport des blessés, sont autant de circonstances qui favorisent la sortie des substances chyleuses ou stercorales. Leur épanchement est toutefois assez rare, par la raison, sans doute, qu'il n'est besoin que d'une résistance très-faible pour les obliger à suivre leur cours vers l'anus, plutôt que de s'écouler par la blessure dans le ventre. L'émétique lui-même, administré lorsque l'estomac est percé, ne détermine pas toujours la sortie des liquides ingérés dans ce viscère. Il est à remarquer d'ailleurs que quand l'épanchement n'a pas lieu presque immédiatement après la blessure, les adhérences que contractent rapidement les bords des plaies des intestins, avec les portions voisines du péritoine, y apportent ensuite un obstacle presque invincible.

Autant les accidens produits par les épanchemens du sang sont lents à se manifester et semblent d'abord peu dangereux, autant ceux qui dépendent de l'effusion des matières stercorales apparaissent avec rapidité et s'accompagnent de phénomènes alarmans. La plaie abdominale est alors promptement suivie de douleurs vives dans toute l'étendue du ventre, de tuméfaction à cette partie, d'une fièvre intense, de hoquets, de vomissemens, d'une chaleur âcre et brûlante à la peau d'une soif très-vive. Après un temps variable, suivant la quantité de la matière épanchée et la susceptibilité du sujet, l'abdomen diminue de volume, devient flasque et indolent, en même temps que le pouls faiblit et que le visage prend l'aspect cadavéreux. Ces phénomènes annoncent la terminaison de la maladie par la gangrène des intestins, et précèdent la mort de quelques heures.

Des symptômes analogues accompagnent l'épanchement de la bile. La péritonite que cet incident détermine est des plus intenses et se termine constamment par la mort. Il est à remarquer, toutefois, dans deux cas rapportés, le premier par Steward et le second par Sabatier, que la tension du ventre ne fut accompagnée ni de douleurs vives ni de borborygmes; les deux sujets eurent une constipation opiniâtre. Du reste, on observa la petitesse, la fréquence et la concentration du pouls,

la gêne de la respiration, l'agitation générale et tous les autres phénomènes des inflammations péritonéales.

La situation déclive de la vessie, et le peu d'étendue de la partie de sa surface qui est recouverte par le péritoine, sont autant de circonstances qui rendent assez rares les épanchemens urineux dans le ventre. Les accidens qu'ils déterminent sont les mêmes que ceux dont il vient d'être question, et leur issue est aussi sûrement que rapidement funeste. Il est à remarquer que les auteurs n'ont pas toujours su, dans ces cas, reconnaître la véritable cause de la mort. Ils n'ont admis l'existence de l'épanchement urineux, biliaire ou stercoral, que dans le cas où ils en trouvaient les traces dans le péritoine. Mais Dupuytren a constaté, par des expériences directes, que quand ces liquides sont injectés en petite quantité dans le péritoine, l'absorption les fait toujours disparaître, en même temps qu'une exhalation séreuse les remplace et que la péritonite se développe. Soit qu'on sacrifie alors promptement l'animal, soit qu'on le laisse périr de l'inflammation péritonéale, on ne retrouve alors à l'autopsie cadavérique aucune trace du liquide irritant injecté. Ces observations peuvent devenir d'une grande utilité en médecine légale. Elles attestent que, dans tous les cas où des symptômes de péritonite sur-aiguë ont presque instantanément succédé à des plaies abdominales, et ont occasioné la mort, il ne faut pas hésiter, si les intestins, la vésicule biliaire ou la vessie sont atteints à prononcer que l'issue des matières contenues dans ces organes a été la cause de la terminaison funeste de la blessure.

La thérapeutique est presque toujours impuissante contre les épanchemens de ce genre. On peut s'efforcer de les prévenir en maintenant le sujet dans un repos absolu, à une diète rigoureuse, à l'usage de boissons émollientes, et si la vessie paraît être atteinte, en mettant une sonde à demeure dans l'urètre. Les évacuations sanguines, générales et locales, peuvent être utiles au début des symptômes qui semblent annoncer l'épanchement; mais une fois que celui-ci a provoqué l'invasion de la péritonite, le pronostic doit être des plus graves, et la médecine la plus active ne saurait presque jamais soustraire le sujet au sort qui le menace.

Les plaies du péritoine sont toujours accompagnées de la division des parois de l'ABDOMEN, et ne réclament pas d'autres moyens de traitement. Nous avons expliqué ailleurs le mécanisme suivant lequel s'opèrent les hernies après leur cicatrisation.

PÉRITONITE, s. f., *peritonitis; inflammatio peritonœi.* L'inflammation du péritoine, que désigne ce mot, avait été vue, mais non reconnue par les premiers anatomistes qui ont étudié les traces des maladies dans les organes; tout ce qu'on sait sur cette phlegmasie est dû aux travaux de Johnston, de Walter,

de Corvisart, de Bichat, de Pinel, de Bayle, de Laënnec, de Broussais et de Scoutetten. Il est encore quelques médecins qui s'obstinent à nier la réalité de cette inflammation, ou qui, du moins, persistent à penser qu'elle n'est jamais que secondaire à l'inflammation des organes que le péritoine revêt. Cette opinion renaît même sous diverses formes; la vérité est que, soit primitive, soit secondaire, car elle peut être l'une et l'autre, la péritonite est une inflammation grave, fréquente, et qui réclame une direction spéciale dans l'emploi des antiphlogistiques; à quoi l'on doit ajouter qu'il est d'autant plus important de ne pas la méconnaître et d'en arrêter le cours, qu'à l'état chronique elle est très-rarement curable, si même elle n'est toujours mortelle.

La pléthore, la disposition aux congestions, un excès de sensibilité, l'intempérance, l'habitation dans les lieux humides, les saisons froides et humides, le passage d'une atmosphère chaude et sèche dans un lieu où l'air est humide et froid, le refroidissement de la peau, la suppression de toute espèce de sécrétion, d'écoulement, d'hémorragie, d'irritation, sont autant de conditions favorables au développement de la péritonite, comme de tant d'autres phlegmasies. Mais les causes les plus fréquentes et les plus puissantes de l'inflammation du péritoine, sont : le refroidissement des membres inférieurs et de l'abdomen; la suppression de l'exhalation sanguine menstruelle, des lochies; l'épanchement des alimens, de la bile, du sang, des excrémens, de l'urine dans la cavité péritonéale; l'introduction de substances irritantes dans cette même cavité; les secousses, les frottemens, les compressions que le péritoine éprouve dans les secousses générales imprimées au corps pendant le vomissement, dans l'accouchement et même dans l'excrétion difficile des matières fécales ou de l'urine accumulées; la constriction qu'il subit dans les hernies étranglées; la phlegmasie des organes voisins; enfin, les contusions et les plaies pénétrantes des parois de l'abdomen. La présence d'une grande quantité de sérosité dans le péritoine, effet de la souffrance d'un viscère voisin ou d'une suppression de la transpiration, peut-elle déterminer la péritonite? On n'en sait rien; Broussais le suppose, comme s'il était raisonnable de supposer que le péritoine puisse exhaler, plus que dans l'état normal, sans être dans un état pathologique. Dans les fièvres intermittentes, il arrive assez souvent que le péritoine devient le siége de la congestion interne qu'annonce infailliblement le frisson, et c'est de là que sont venues les altérations chroniques du péritoine, regardées comme autant d'effets de ces prétendues fièvres. Après avoir beaucoup cherché le siége de ces maladies, peut-être finira-t-on par le trouver, pour beaucoup de cas, dans les membranes séreuses.

On rapporte que la péritonite a été observée sur un grand nombre de sujets à la fois dans certaines villes, dans des corps d'armées. Les professions qui obligent à rester debout devant le feu, et surtout les pieds dans l'eau, disposent évidemment à cette maladie. Non content de la croire épidémique, ce qui est conforme aux faits, on a été jusqu'à prétendre qu'elle pouvait être contagieuse, tant l'absurdité est elle-même contagieuse. Certes, ce ne sont pas les phlegmasies des membranes séreuses qu'on peut accuser de posséder cette fâcheuse propriété.

La péritonite s'annonce par des horripilations, par un frisson vague, qui dure un, deux ou trois jours, cesse et revient dans cet intervalle de temps, ou qui est à peine développé qu'une chaleur plus ou moins vive lui succède; l'abdomen devient douloureux dans un seul ou dans plusieurs points; quelquefois le malade éprouve un sentiment de douleur dans tout le bas-ventre; cette douleur générale ou partielle augmente constamment par la pression; souvent il suffit du poids de la couverture, et même seulement du drap pour la rendre insupportable; elle augmente aussi pour peu que le malade se tienne debout ou veuille se redresser. Il importe de distinguer cette douleur de celle que la pression détermine dans les cas d'entérite et de gastrite; elle est réellement et manifestement superficielle dans la péritonite; il suffit de presser légèrement, surtout latéralement, la paroi abdominale, pour l'accroître. Cette douleur est ou fixe, et alors lancinante, ou mobile, et alors pongitive ou déchirante. Le malade est obligé de rester sur le dos; il lui est douloureux de se coucher sur l'un ou l'autre côté, mais surtout sur le côté où se fait sentir la douleur. Il y a quelquefois une tumeur oblongue plus ou moins étendue en cet endroit; l'abdomen se distend, et quelquefois il devient jusqu'à un certain point sonore; en un mot, il se ballonne, se météorise. Cette distension n'a pas lieu chez certains sujets dont les muscles sont très-développés.

Le malade éprouve des nausées; il vomit même, avec des efforts qui augmentent de la manière la plus cruelle la douleur abdominale; l'éternuement, le rire, le hoquet, la toux, les efforts pour uriner, quand ils ont lieu, augmentent également la douleur. L'expulsion des matières fécales est arrêtée, quoique le malade éprouve, non pas du ténesme, comme dans l'entérite dysentérique, mais un sentiment de pesanteur, de plénitude, analogue à celui qui accompagne toute constipation prolongée, quelle qu'en soit la cause.

La respiration est fréquente, gênée, grande, élevée; le pouls est petit, dur, toujours concentré, ordinairement fréquent, quelquefois rare; la peau est chaude à l'abdomen, froide aux extrémités, inférieures surtout; si la chaleur s'établit ce n'est que

momentanément; il y a de la céphalalgie; la face est pâle, les traits allongés; le visage ridé, grippé, aunonce une souffrance inteuse, profonde, et présente un aspect qui suffit parfois pour qu'on découvre au premier abord l'existence de la péritonite; l'agitation du malade est plus ou moins forte selon le degré de la douleur.

Si la maladie ne diminue pas, soit spontanément, soit sous l'empire du traitement, la douleur devient de plus en plus vive, tous les autres symptômes s'aggravent; puis, dès le deuxième ou troisième jour quelquefois, du troisième au cinquième, sixième ou septième jour, le plus souvent dans le cours ou à la fin de la seconde semaine, il survient des symptômes qui annoncent que l'arachnoïde participe évidemment à l'état de souffrance du péritoine; le pouls devient excessivement fréquent, le regard devient fixe ou hagard; l'œil est brillant; l'agitation, l'anxiété augmentent; l'insomnie est complète; le découragement succède; la loquacité, le délire, d'abord le soir seulement, puis d'une manière continue; le malade ne se plaint plus de sa douleur, et pourtant la face demeure grippée; des contractions convulsives s'y font apercevoir; les convulsions s'étendent aux membres. D'autres fois, le malade perd connaissance, tombe dans le coma sans avoir éprouvé ou après avoir été agité par le délire; d'autres fois encore, la douleur cesse tout à coup; le malade conserve sa présence d'esprit, se trouve mieux; cependant ses traits s'affaissent de plus en plus, sa peau devient froide; le pouls devient faible, mou, intermittent; le malade tombe dans la prostration, et s'éteint peu à peu. De ces trois modes de terminaison funeste, les deux premières annoncent une affection encéphalique secondaire qui a terminé les jours du malade, et la troisième dénote qu'à l'inflammation du péritoine a succédé la gangrène de cette membrane.

Certaines inflammations du péritoine se terminent favorablement: la peau se réchauffe, la douleur diminue, une moiteur s'établit, l'urine coule, une légère diarrhée survient, les traits se rapprochent de l'état de santé, les vomissemens cessent, la respiration devient plus libre, le ventre cesse d'être douloureux à la pression. Ces changemens favorables n'arrivent point passé la fin de la première ou de la seconde semaine; un traitement rationnel, chez un sujet jeune et bien constitué, le fait obtenir quelquefois au bout de peu de jours.

Il est une nuance de la péritonite dans laquelle la douleur est excessive, l'agitation extrême, l'anxiété inexprimable, et dans laquelle on voit survenir par intervalles une petitesse marquée du pouls, un refroidissement plus considérable des extrémités, une pâleur et une altération plus profonde des traits, coïncidant avec une diminution de la douleur, des vo-

missemens, de l'agitation, qui recommencent bientôt à se faire sentir. Selon Broussais, ces calmes trompeurs dénotent qu'un épanchement sanguin s'est opéré dans la cavité péritonéale; mais il faut pour cela que ces phénomènes accidentels se manifestent dès les premiers jours de la maladie, avant que la chaleur intérieure ait été considérable, et surtout chez un sujet qui ait reçu un coup à l'abdomen, ou qui soit sujet aux hémorragies. On voit que ces signes sont fort équivoques; le retour du calme et des signes d'hémorragie peut seul indiquer que ces phénomènes dépendent de l'épanchement et non de la gangrène.

Quand la péritonite se manifeste chez une femme récemment accouchée, ce qui arrive malheureusement trop souvent, ou chez une femme qui allaite, les mamelles s'affaissent, la sécrétion du lait est arrêtée ou ne se fait point, et, chez la première, les lochies cessent de couler, au moins pour l'ordinaire.

La douleur manque parfois totalement dans la péritonite; le mouvement circulatoire ne subit aucun dérangement; on ne peut alors la soupçonner que lorsqu'on voit le ventre se ballonner subitement, et les évacuations alvines cesser sans signes d'entérite; on est à peu près assuré qu'elle a lieu si on parvient à déterminer de la douleur en pressant latéralement l'abdomen. Mais ce signe est-il alors aussi significatif qu'on le prétend? Il faut étudier avec beaucoup de soin la douleur que détermine la pression, autrement on serait tenté de croire qu'il y a péritonite quand l'épigastre est douloureux par l'effet d'une gastrite.

La péritonite est souvent mortelle en trois, quatre, cinq ou sept jours, souvent elle se termine par la mort du dixième au vingtième jour.

La péritonite, avec accélération du mouvement circulatoire, qui se prolonge avec son intensité jusqu'au vingtième jour environ sans amendement, est presque constamment mortelle; on ne doit pas espérer de la voir se prolonger au delà, et dégénérer en inflammation chronique. Mais lorsque, dès la première semaine, et même dans le cours de la seconde, on obtient un amendement notable et réel, on doit espérer la guérison. Il arrive aussi que le mal, après avoir diminué, demeure stationnaire. Quelquefois, la douleur et les symptômes les plus alarmans cessent dès le troisième jour, la maladie continue et devient chronique; d'autres fois, à la suite d'une douleur passagère, le mal est établi pour se continuer indéfiniment; enfin, il est des péritonites, malheureusement trop communes, qui s'établissent sourdement sans donner lieu à un appareil de symptômes tel que nous venons de le décrire.

Soit que la péritonite chronique ait été observée dès son origine, soit qu'elle ait succédé à une phlegmasie bien mani-

feste du péritoine, quand on vient à l'observer attentivement, on reconnaît les symptômes suivans, non pas en une seule séance comme on croit trop communément pouvoir le faire, mais à la suite d'un examen attentif souvent répété.

Le ventre est sensible à la pression, mais non jusqu'à la douleur, et il semble au malade qu'il a toujours été ainsi; cette partie du corps se gonfle légèrement, surtout le soir, ou bien à des intervalles irréguliers et sans motifs apparens. Le sujet se plaint d'éprouver une douleur passagère dans le ventre toutes les fois qu'il se livre à un effort quelconque, quand il rit, tousse ou éternue; lorsqu'il est en voiture, à cheval; quand il fait un faux pas. Afin de distinguer cette douleur d'une sensibilité excessive naturelle, il faut conseiller au malade de se presser le ventre avec la main à l'instant où il se livre à ces divers mouvemens; alors, si la douleur est plus vive par cette pression, si jamais le sujet n'en a éprouvé de pareille dans les mêmes circonstances, si d'ailleurs toutes les fonctions se font bien, au moins en apparence, il y a lieu de soupçonner la péritonite. Mais souvent la digestion est capricieuse; il y a de temps à autre des nausées; il y a de la constipation et de la soif, d'autres fois de la diarrhée, et on flotte incertain entre l'idée d'une gastrite, d'une gastro-entérite, et celle d'une péritonite chronique; l'état de la langue peut éclairer sur la réalité d'une gastrite; mais quand il n'apprend rien, il n'est pas certain que la gastrite n'existe pas. Selon Broussais, le sentiment d'une boule qui tournoie dans le ventre et tend à se porter vers la gorge, correspond à l'agglutination des intestins agglomérés en une masse ronde avec les ganglions mésentériques engorgés; mais ce sentiment existe dans une foule d'affections qui n'ont rien de commun avec cette grave lésion.

Aux phénomènes que nous venons d'indiquer, se joignent un peu de fréquence dans le pouls, le soir, sans chaleur à la peau, de la dyspnée, de la toux, surtout quand le sujet est couché; enfin, on voit se manifester les signes de l'ascite confirmée, qui ne laissent plus aucun doute sur l'existence d'une péritonite chronique. Nous disons que l'ascite ne laisse plus aucun doute sur l'existence d'une péritonite chronique, parce qu'en effet, de l'aveu de tous les observateurs, primitivement ou secondairement, on reconnaît que le péritoine s'affecte tôt ou tard dans l'ascite. Il arrive cependant que les phénomènes assez bien caractérisés d'une péritonite chronique cessent à mesure que ceux de l'ascite se prononcent; mais cela vient uniquement de ce que les phénomènes de celle-ci masquent les phénomènes de celle-là; la douleur locale, vague à la vérité, pour l'ordinaire, mais quelquefois fixe, se distingue encore de

celle qu'occasionent la distension du péritoine et la compression des viscères par la sérosité accumulée.

Il importe d'étudier les rapports de l'ascite avec la péritonite. Pour peu que l'inflammation du péritoine se prolonge, il se fait un épanchement de sérosité dans sa cavité. On ne sait pas bien à quelle époque cet épanchement se forme, parce que, très-peu abondant d'abord, et même pendant long-temps, on a beaucoup de difficulté à le reconnaître. Il ne constitue pas l'ascite, c'est-à-dire qu'on ne lui donne pas ce nom jusqu'au moment où la douleur abdominale cesse ou diminue, et où la collection est assez considérable pour qu'il y ait une fluctuation manifeste dans l'abdomen. Lorsque cette fluctuation est le premier symptôme abdominal dont on s'aperçoive, on méconnaît la péritonite qui y a donné lieu, et qui même existe encore. Si les symptômes de péritonite ont été obscurs, rares, on les méconnaît encore. S'il a existé des phénomènes d'hépatite, d'entérite, d'ovarite, métrite, ou enfin d'inflammation de tout autre viscère que le péritoine, on ne suppose pas que cette membrane ait été enflammée. Broussais lui-même pense qu'alors l'épanchement est l'effet de la souffrance du viscère enflammé. Mais quel est donc l'état du péritoine versant de la sérosité en abondance, et ne la reprenant pas sous l'influence de l'inflammation d'un organe qu'il revêt? Si ce n'est pas le degré d'inflammation auquel les membranes séreuses sécrètent abondamment, qu'est-ce donc? Une sympathie morbide n'estelle donc plus un état maladif, moins intense dans beaucoup de cas, mais toujours de même nature que celui qui la détermine? Quand les autres phénomènes de la péritonite se manifestent ou reparaissent, comme ils sont intenses, on ne les méconnaît pas, ou on ne les méconnaît plus; mais ce qu'on prend pour l'apparition d'une phlegmasie n'en est qu'une exaspération. Au reste, si l'on ne conteste que la justesse de l'expression d'inflammation, peu importe qu'on lui en substitue une autre, celle d'irritation sécrétoire par exemple, comme le voulait Marandel, pourvu qu'on la reconnaisse pour un excès d'action et non pour une faiblesse. *Voyez* HYDROPISIE.

Un degré très-obscur de la péritonite est celui qui ne se manifeste que par la tuméfaction du ventre, jointe à la constipation habituelle et à la sensibilité sans fluctuation. Un degré plus obscur est celui où il n'y a que tuméfaction avec constipation passagère. Enfin, on a vu la péritonite ne s'annoncer que par un simple ballonnement du ventre; mais cela n'a guère lieu que dans la dernière période des inflammations chroniques des autres viscères.

Il est une péritonite très-obscure d'abord, et qui ne s'an-

nonce jamais que par les signes de l'ascite; c'est celle qui se développe lorsque, à la suite d'une hydropisie dans la poitrine ou d'une anasarque, un épanchement de sérosité se forme dans le péritoine : c'est là la nuance la moins inflammatoire de la péritonite, et pourtant elle est du plus fâcheux augure, parce qu'elle annonce l'extension d'une maladie contre laquelle l'art est presque toujours impuissant.

Plus le sujet est lymphatique, faible, plus la péritonite chronique est obscure, peu intense, surtout dans les premiers temps de son existence. Plus elle est simple, et moins elle est meurtrière; mais elle finit presque toujours par faire périr le sujet dans l'hydropisie, après avoir duré une ou plusieurs années; ou par une recrudescence subite de l'inflammation, qui arrive au degré de la péritonite aiguë, alors constamment mortelle, malgré le traitement antiphlogistique le mieux dirigé; l'hydropisie disparaît, et la mort arrive dans les convulsions ou le coma; souvent elle est subite.

Ainsi la péritonite, soit aiguë, soit surtout chronique, est une des maladis les plus meurtrières, peut-être même celle à laquelle on échappe le moins.

Il peut arriver, dans le cours de l'une et de l'autre, que des symptômes cérébraux, pleurétiques, péricardiques ou gastriques se manifestent et annoncent que l'inflammation s'étend à l'encéphale, à la plèvre, au péricarde ou au canal digestif, et quelquefois même à plusieurs de ces parties. Il est faux que la plus fréquente de ces complications soit avec la pleurésie, comme l'a prétendu Broussais; dans toutes les inflammations des membranes séreuses, et même dans les inflammations de quelque organe que ce soit, l'arachnoïde est la première à s'affecter, ainsi que le démontrent la douleur et la pesanteur de tête qui accompagnent le début de presque toutes les inflammations. Au reste, il est fort difficile, dans beaucoup de cas, de reconnaître les phlegmasies qui compliquent la péritonite; car on a vu que, parmi les phénomènes sympathiques, cette inflammation comptait une bonne partie de ceux qui caractérisent celle des organes voisins.

Lorsque, dans le cours d'une péritonite chronique peu douloureuse, avec des retours de phénomènes d'entérite, on voit tout à coup survenir une accélération excessive du pouls, une vive chaleur de la peau, des douleurs atroces dans l'abdomen, alors même qu'on ne le comprime pas, on a lieu de présumer qu'il s'est établi une perforation des intestins.

L'inflammation du péritoine est beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes; on l'observe surtout après l'accouchement, et c'est elle qu'on a désignée le plus sou

vent sous le nom de *fièvre puerpérale*, généralement employé pour indiquer toutes les maladies aiguës graves, et en apparence générales, auxquelles peuvent devenir en proie les femmes récemment accouchées. Quelques médecins même persistent à penser, mais à tort, qu'il y a quelque chose de particulier dans l'inflammation qui constitue la *péritonite* PUERPÉRALE. *Voyez* ce mot.

Lorsqu'on ouvre les cadavres des sujets qui ont été affectés de péritonite simple ou compliquée, quelquefois on trouve les traces de cette phlegmasie effacées; mais cela n'est pas commun; on peut dire que cette membrane est celle de toutes les séreuses qui conserve le mieux les traces de l'inflammation.

Ainsi, hors certains cas assez rares, on trouve le péritoine rouge, parsemé d'un grand nombre de petits vaisseaux remplis de sang vermeil; il est mou, opaque, épaissi dans une seule, souvent dans plusieurs de ses parties, ou quelquefois dans la totalité de son étendue. La rougeur se montre tantôt sous forme de points semés, pour ainsi dire; tantôt, et plus souvent, étendue en plaques formées par d'innombrables vaisseaux serrés les uns contre les autres, ou bien en larges bandes qui occupent surtout la surface externe des intestins, et s'arrêtent à leurs points de contact. L'épaississement n'a pas toujours lieu, ou bien il est à peine sensible, au moins dans l'inflammation aiguë; mais quand la phlegmasie a été chronique, il est manifeste et souvent considérable. Alors l'épiploon lui-même acquiert souvent une épaisseur et un poids considérables. Cette augmentation dépend en partie du simple développement du tissu malade sous l'empire de l'irritation, en partie de l'organisation des couches albumineuses membraniformes, qui s'établissent à sa surface par suite d'une exhalation surabondante et modifiée par l'inflammation. Quand la péritonite est récente, on trouve cette couche non encore organisée; elle est tantôt très-mince, tantôt épaisse de plusieurs lignes, jaunâtre, pulpeuse, peu consistante. Des flocons de cette couche flottent épars dans la sérosité que contient la cavité péritonéale. Cette sérosité, tantôt limpide, citrine, tantôt, et le plus souvent, trouble, d'apparence laiteuse chez l'homme comme chez la femme, quelquefois brunâtre, varie en quantité, depuis quelques cuillerées jusqu'à plusieurs pintes. Quelquefois on ne trouve qu'une bouillie albumineuse, sans sérosité proprement dite; c'est surtout lorsque l'inflammation a parcouru ses périodes sans aucun empêchement et avec tout le développement dont elle était susceptible.

Au lieu d'un épanchement limpide ou trouble et blanchâtre, on trouve assez fréquemment un liquide trouble et rougeâtre,

et même évidemment sanguinolent; on a rencontré, dans des cas plus rares, du sang pur épanché en nappe, ou coagulé en couche membraniforme.

Scoutetten pense que lorsque l'inflammation est portée au point de donner à la membrane l'aspect d'un tissu naturellement rouge, analogue à la conjonctive, siége d'une ecchymose, les symptômes sont très-prononcés, la douleur abdominale est très-vive, le malade fléchit fortement les cuisses sur le bassin. Quand la phlegmasie est bornée à la portion du péritoine qui recouvre la vessie, il y a douleur dans le petit bassin et suspension de l'urine. Est-ce, au contraire, sur le diaphragme que réside la portion du péritoine enflammée, il y a hoquet presque continuel, immobilité de la base de la poitrine et de la partie supérieure des muscles abdominaux. Si, au contraire, c'est celle qui suspend les intestins, telle que le mésocolon, le mésorectum et une partie du mésentère, l'inflammation ne s'étend pas à celle qui revêt l'intestin; la douleur est obtuse, profonde, elle n'augmente pas par la pression, le ventre est souple, le malade n'éprouve que du malaise, et la maladie est très-chronique. Le germe de ces idées est dans Frank. Le même auteur pense que la péritonite partielle a lieu le plus souvent quand il y a perforation des intestins, plutôt que la péritonite générale. Il a observé l'emphysème sous-péritonéal étendu à toute la membrane chez un sujet, borné à la portion sous-diaphragmatique et sous-hépatique chez un autre. Il a fait remarquer que les intestins enflammés dans leur tunique péritonéale, adhèrent quelquefois les uns aux autres sans l'intermédiaire d'aucune couche membraniforme; c'est comme une simple agglutination, que nous avons également observée. Il a décrit avec soin les ulcères du péritoine, qu'il distingue en primitifs, qui commencent à la surface libre de cette membrane enflammée, et se propagent plus ou moins aux viscères qu'elle revet; et consécutifs, provenant du progrès des ulcères de la membrane muqueuse des intestins, qui cheminent à travers cette membrane et la musculaire jusqu'au péritoine. Les uns et les autres sont l'origine des perforations des intestins. Il a vu un grand nombre de ces dernières, mais avec autant d'adhérences correspondantes, de manière que l'épanchement n'avait pu avoir lieu.

Plus la péritonite a duré long-temps, plus le désordre est grand : ainsi les intestins adhèrent entre eux par leur surface externe au moyen de la couche membraniforme qui les revêt; cette adhérence est facile à rompre avec les doigts quand la couche n'est pas organisée; ou bien, elle est tellement solide, qu'on dirait qu'elle est formée par un tissu cellulaire normal. Des brides sont quelquefois le résultat de l'organisation de l'al-

bumine épanchée, mais moins souvent que dans la plèvre. Il n'est pas rare de trouver, à la suite d'une péritonite très-ancienne, les intestins, l'estomac, la vésicule du fiel, la région concave du foie, la rate, en un mot tous les viscères de l'abdomen adhérens intimement les uns aux autres, formant une masse où l'on ne peut distinguer la limite de chaque organe, et confondus de telle sorte qu'on ne peut en aucune manière les isoler, même à l'aide de la dissection la plus minutieuse.

On a trouvé de la matière tuberculeuse adhérente à la face externe du péritoine, ou plutôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, tantôt isolée en petites masses distinctes, tantôt étendue en nappe. Plus rarement on rencontre sur cette membrane, ou plutôt dans le tissu cellulaire qui la constitue, de petites tumeurs squirreuses, cancéreuses, dures, blanchâtres, ramollies à leur centre. D'autres fois, elle est couverte de granulations du volume d'un grain de chenevis ou de celui d'un pois, ayant la consistance, la blancheur, le brillant, en un mot l'apparence du cartilage. Des masses ayant l'aspect du suif ont été observées à la surface du péritoine, ou plutôt dans le tissu cellulaire qu'il revêt; ces masses sont quelquefois énormes : ce sont des maladies du tissu cellulaire plutôt que du péritoine lui-même.

Il arrive, mais très-rarement, que le péritoine contient une grande quantité de gaz, tantôt inodore, tantôt d'une odeur fade nauséabonde, et tantôt fétide; ce phénomène n'est jamais aussi marqué que dans le cas de perforation de l'estomac ou des intestins. Il ne faut pas oublier toutefois que le péritoine contient toujours une quantité de gaz plus ou moins considérable, qui s'échappe quand on divise la paroi antérieure de l'abdomen ou le diaphragme; c'est l'abondance de ce gaz qui seule est rare.

Les adhérences dont nous venons de parler déterminent quelquefois un accident redoutable : lorsqu'elles sont bien organisées, si par malheur elles sont dirigées de manière à comprimer une anse du tube digestif, elles peuvent en déterminer l'étranglement, et donner lieu à tous les phénomènes d'une hernie étranglée, avec vive inflammation, sauf précisément tous les signes qui seraient démonstratifs de l'existence d'une hernie.

Les hydatides du péritoine, c'est-à-dire celles qui adhèrent à cette membrane elle-même, et non aux organes sous-jacens, sont fort rares; elles constituent, quand elles sont en grand nombre, un genre d'ascite très-difficile à reconnaître; la fluctuation est alors très-peu marquée, ou même nulle; la tuméfaction est irrégulière, il y a quelquefois des espèces de bosselures, et la tumeur a commencé dans un autre point que l'hypogastre, et non dans la totalité de l'abdomen en même

temps. Au reste, il est difficile de rien dire de bien caractéristique sur des affections qu'on ne reconnaît jamais qu'à l'ouverture du cadavre.

Il est deux altérations du péritoine qui méritent qu'on s'y arrête : c'est d'abord la gangrène, qui n'est pas rare, mais qui peut-être ne paraît plus commune que dans les autres tissus séreux, que parce qu'il est dans la nature des parois abdominales de se putréfier avant toutes les autres. Le péritoine est alors gris, noirâtre, friable; la sérosité épanchée est brune et fétide. Ensuite on voit souvent des taches presque carrées, oblongues, ovales, d'un noir foncé ou couleur de café, circonscrites, qui du péritoine s'étendent aux autres tuniques, avec ou sans injection de vaisseaux autour d'elles. On ne les a pas rattachées à la péritonite, mais nous croyons qu'elles doivent être considérées comme des résultats de points d'inflammation qui ont procédé de la membrane muqueuse à la membrane péritonéale des intestins, par un procédé morbifique, fort lent d'abord, puis subitement accru.

Il ne faut pas ignorer que le péritoine se colore en jaune dans celles de ses portions qui recouvrent les organes qui sont en contact avec la vésicule bilaire; on observe cette coloration sur le grand épiploon, la région hépatique de l'estomac, du duodénum; pour qu'elle s'établisse, il faut que la mort ait eu lieu depuis quelque temps, car elle est un effet de la transsudation de la bile; elle cesse de s'opérer dès que les parties sont mises à l'air. Le péritoine se colore plus rarement en rouge brun dans celles de ses parties qui sont en contact avec celle qui revêt le foie à sa face concave. Cette coloration est disposée en plaques isolées ou contiguës, sèches ou couvertes d'un liquide rougeâtre visqueux; le lavage ne la fait disparaître qu'incomplétement. Jamais on ne la trouve dans les sujets morts depuis peu d'heures, et, comme la coloration en jaune, elle n'est qu'un effet cadavérique. Enfin, une troisième coloration, également postérieure à la mort, est la teinte bleuâtre, brunâtre, que la rate imprime au péritoine qui l'avoisine : on ne la remarque également que dans la portion de cette membrane qui est en contact avec la face interne du viscère.

Lorsque les intestins se sont perforés, on trouve, dans la cavité péritonéale, tantôt des vers auxquels on a sans raison attribué ce désordre, tantôt des matières fécales. Si c'est la vésicule biliaire qui s'est rompue, comme on en rapporte plusieurs exemples, et dont Dupuy nous a montré un cas tout récemment chez un chat, on trouve de la bile. Après la perforation de la vessie par une sonde, sa rupture par l'accumulation de l'urine, les opérations dans lesquelles on établit une

communication entre la cavité de ce viscère et celle du péritoine, on trouve de l'urine dans la cavité de cette membrane. Ce qu'on a dit de la présence du chyle est inadmissible jusqu'à ce que des cas de ce genre aient été observés par des hommes dignes de foi, qui ne prennent pas tout liquide blanc pour du chyle. On trouve du pus, du véritable pus, dans le péritoine, quand un abcès du foie, de la rate, ou une tumeur formée aux dépens des glanglions mésentériques, ou enfin une collection purulente de la plèvre, vient à se vider dans la cavité de la membrane séreuse abdominale. Scoutetten a observé un cas de ce dernier genre, dans lequel le pus s'était frayé un chemin à travers deux points du diaphragme en pratiquant une perforatioa. Lorsque la matrice se rompt, et laisse échapper le fœtus dans la cavité péritonéale, on y trouve en même temps l'eau de l'amnios.

Le traitement de la péritonite consiste, ainsi que celui de toute phlegmasie des membranes séreuses, dans l'emploi des antiphlogistiques les plus énergiques, administrés aussitôt que l'on soupçonne l'existence de l'inflammation, quand elle est aiguë. Lorsque au contraire elle est chronique, la direction du traitement est extrêmement difficile et très-rarement couronnée de succès.

La saignée et les sangsues tiennent le premier rang parmi les moyens à employer dans la péritonite. Lorsqu'elle est aiguë, intense, douloureuse, accompagnée d'accélération notable de la circulation, ou tout au contraire d'une grande et subite contraction du pouls, surtout si le sujet est vigoureux, bien plus encore quand la suppression d'une hémorragie, d'un écoulement habituel ou nécessaire, a précédé l'inflammation, il faut ouvrir la veine et faire de suite une forte saignée, puis, immédiatement après le léger mieux qui en résulte, appliquer des sangsues sur l'abdomen. Elles doivent être posées sur le point douloureux et autour. Les mettre à l'anus, c'est éloigner sans motif le remède du mal. Il n'est pas d'inflammation qui soit aussi directement soumise à l'action des sangsues que celle des membranes séreuses pectorale et abdominale; cette dernière, surtout, est très-efficacement influencée par ce moyen. Il n'est qu'un seul cas où l'application des sangsues à l'anus ou à la vulve puisse être préféré, au moins dans le premier instant; c'est lorsque le sujet est notablement hémorroïdaire ou lorsqu'il y a eu suppression de l'évacuation menstruelle ou des lochies. Si cette application ne rappelle pas immédiatement l'écoulement supprimé, et lors même qu'elle le rappelle, si la douleur et la sensibilité de l'abdomen ne cèdent pas, il faut recourir de suite à l'application des sangsues à l'abdomen, sur le point douloureux.

Il faut, dès que l'on a reconnu la nécessité de saigner, tirer beaucoup de sang, car l'expérience a prouvé qu'on n'agit sur une membrane séreuse enflammée qu'en tirant une grande quantité de sang en une seule fois; la saignée ne doit pas être de moins de douze onces; il y aurait tout l'inconvénient d'un retard parfois dangereux, si on tirait cette quantité en deux fois. Cette large saignée préliminaire assure, dans beaucoup de cas, l'efficacité des applications subséquentes de sangsues. Celles-ci sont souvent inutiles parce qu'on n'a pas commencé par ouvrir la veine.

Dès que l'on fait usage des sangsues dans la péritonite aiguë, il faut les appliquer en grand nombre, d'abord parce que l'inflammation est presque toujours vaste quoique la douleur soit locale, et ensuite parce qu'il faut tâcher d'obtenir un écoulement prolongé du sang, et enfin, parce que les sangsues tirent quelquefois fort peu de sang, et qu'il y a de graves inconvéniens à n'user qu'incomplétement de cet utile moyen dans une inflammation qui marche avec d'autant plus de rapidité que son intensité est plus grande.

Quelques heures après l'application des sangsues, si la douleur ne cède point, ou si elle reparaît après avoir cessé, il faut réappliquer des sangsues, et ne renoncer à l'emploi de ce moyen que lorsque la douleur a cessé, à moins qu'il ne survienne des symptômes qui annoncent que le mal est au dessus du pouvoir de l'art, et que la maladie se terminera d'une manière funeste : c'est lorsque la douleur continue, la prostration augmentant, et l'aspect terreux du corps commençant à se manifester, ou lorsque la douleur cessant subitement, la décomposition profonde des traits indique la gangrène.

Le nombre des sangsues à appliquer dans la péritonite aiguë doit être toujours considérable, surtout quand on n'a pas cru devoir saigner, et notamment quand on a été appelé tard; il faut en mettre chez un adulte de vingt à quarante ou cinquante, et souvent on est obligé d'y revenir; dans ce cas, il ne faut pas trop tarder à renouveler les applications, car des intervalles prolongés font perdre le fruit de chacune.

Dans la péritonite chronique on n'a guère occasion de pratiquer la saignée, si ce n'est quand il se manifeste des complications, ou une accélération considérable de la circulation. L'application des sangsues est à peu près le seul mode d'émission sanguine que l'on puisse employer; mais ce n'est plus avec énergie, sans relâche, qu'on doit y recourir. Des applications de six à huit ou dix sangsues, une ou deux fois par semaine, quelquefois pendant plusieurs jours de suite, selon l'intensité du mal, voilà tout ce qu'on peut se permettre.

Quand il y a de la sérosité épanchée d'une manière non

équivoque dans le péritoine, l'application des sangsues n'est plus indiquée; quand alors on y a recours, elles tirent parfois du sang en petite quantité, chargé d'une proportion considérable de sérosité, et il ne faut plus y revenir. Quelques sangsues à l'anus sont alors préférables, mais seulement quand la douleur se fait sentir avec un peu de fixité.

Les applications de cataplasmes, de fomentations, où dominent l'eau et le mucilage comme véhicules du calorique, sont indiquées dans la péritonite aiguë, ainsi que dans la péritonite chronique, mais plus encore dans cette dernière. Les bains de siége mucilagineux leur seraient préférables, s'ils pouvaient agir d'une manière continue. C'est surtout pendant la nuit qu'on doit appliquer des topiques émolliens chauds sur l'abdomen, qui devient souvent le siége, soit d'une douleur très-vive, soit d'un travail pénible, obscur, par lequel le sommeil est fort souvent troublé. Une jeune femme, affectée d'une péritonite chronique, se plaignait de ne pouvoir dormir, sans pouvoir se rendre compte de la sensation qui l'en empêchait; dès qu'elle s'assoupissait, elle s'éveillait en sursaut, rêvant que des chiens lui rongeaient le bas-ventre; des cataplasmes chauds sur cette partie lui rendirent un sommeil tranquille.

Les applications froides à la glace, que des praticiens n'ont pas craint d'employer dans le traitement de la péritonite, nous paraissent tout à fait contraires à la physiologie et à l'expérience. Lorsqu'on sait que l'application du froid sur l'abdomen produit des coliques, des diarrhées, des inflammations de l'utérus, de la vessie, des reins, on ne conçoit pas le bien qu'on peut en attendre quand déjà il existe une inflammation dans cette région du corps. Dire qu'il faut là-dessus consulter les sensations du malade et choisir des fomentations froides ou chaudes selon son désir, c'est oublier que le froid qu'on détermine sur une dent dont le nerf est douloureux, ne produit qu'un soulagement momentané, ordinairement suivi d'une douleur plus grande. Quand la chaleur de l'atmosphère est forte, quand le malade est robuste, en proie à une fièvre ardente, à une chaleur extrême, ainsi qu'à la soif, ce n'est pas à des applications d'oxycrat froid qu'il faut recourir, mais à la saignée et à l'application des sangsues, et non pas à un moyen répercussif qui précisément est alors plus redoutable que dans tout autre cas. Dans la péritonite chronique les applications froides sont encore moins indiquées, car elles peuvent déterminer une recrudescence de l'inflammation, produire une péritonite aiguë, alors presque toujours mortelle, nous dirions même constamment funeste, tant il est rare que les malades échappent au développement d'une phlegmasie aiguë dans un tissu qui est le siége d'une inflammation chronique.

La diète est nécessaire dans la péritonite aiguë, mais sous deux points de vue seulement; d'abord pour diminuer la masse des matériaux en circulation; ensuite, afin de ne point provoquer le mouvement des intestins, que l'état du péritoine rend douloureux. Les boissons ne doivent pas être très-abondantes pour ne pas surcharger le canal digestif ni trop dilater la vessie; elles seront mucilagineuses, parce que tout irritant doit être banni; elles sont préférables à la température de l'appartement. Dans la péritonite chronique, le régime doit être sévère sous les rapports de la quantité, plus encore que sous celui de la qualité des alimens.

L'usage des lavemens n'est pas indiqué dans la péritonite, parce que, ainsi que nous l'avons dit plus haut, toute distension des intestins, toute contraction du canal digestif est douloureuse, ou du moins irrite le péritoine enflammé en le distendant. Plusieurs praticiens donnent des laxatifs, afin de vider les intestins; les Anglais prescrivent les drastiques. Il vaut mieux recommander le régime que d'avoir recours à ces moyens, quoique les premiers aient moins d'inconvéniens que les derniers. L'huile de ricin est employée assez souvent, il faut en convenir, avec avantage, et sans causer d'irritation; elle est souvent bien préférable aux lavemens.

Dans la péritonite aiguë, il est aisé de ne pas s'occuper de la constipation aussi long-temps que l'inflammation persiste, d'autant plus qu'elle cesse aussitôt que celle-ci diminue décidément. Mais, dans la péritonite chronique, comment tolérer une constipation si prolongée que parfois le malade reste jusqu'à huit ou dix jours sans aller à la garde-robe? C'est alors qu'il faut prescrire les bains de siége, l'application des cataplasmes, celle des sangsues, et enfin les laxatifs.

L'emploi des purgatifs, durant la péritonite aiguë, n'est qu'un empirisme absurde qui tient une grande place dans la médecine populaire et dans celle des Anglais, qui ont tant d'analogie l'une avec l'autre. En vain on espère opérer une révulsion sur la membrane muqueuse, quand la membrane séreuse, qui n'est qu'à une ligne de distance, est enflammée; malgré tout ce qu'on a dit de l'indépendance du péritoine, cet isolement cesse dans l'état pathologique, et s'il n'est pas commun de voir l'inflammation de cette membrane se propager à la muqueuse, il est bien difficile qu'il ne s'établisse pas une communication morbide entre ces membranes quand toutes deux sont enflammées. On ne doit donc employer les évacuans, dans la péritonite chronique, que de loin en loin, et seulement au degré nécessaire pour vider les intestins.

Il faut cependant convenir que les purgatifs fournissent des

triomphes aux charlatans dans le traitement de la péritonite chronique; mais c'est dans celle qui a pour effet une collection séreuse abondante, dans l'ascite en un mot; mais il ne faut pas perdre de vue que les cas de réussite de ce genre sont aussi rares, que les cas de mort produits par cette pratique téméraire sont nombreux. Les diurétiques ont été employés quelquefois avec succès; mais que sait-on en définitif sur l'utilité de ces moyens? où sont les faits concluans sur lesquels on pourrait s'appuyer pour la démontrer?

Les révulsifs rubéfians, vésicans, suppuratifs, ne doivent jamais être appliqués dans la péritonite aiguë; plusieurs praticiens croient à leur efficacité dans la péritonite chronique; leur action, très-douteuse, est alors puissamment aidée par le temps, quand la maladie est assez peu forte pour s'éteindre graduellement. Les médicamens qui ne révulsent qu'en évacuant ne sont guère utiles que parce qu'ils dépouillent sans cesse l'économie du surplus des matériaux qui lui sont rigoureusement nécessaires, et l'on peut remplir cette indication sans inconvénient au moyen du régime.

Nous n'avons pas encore parlé des ventouses, parce que ce moyen doit être banni du traitement de la péritonite, en raison de la douleur qu'il cause, sauf toutefois le cas où l'on manque de sangsues; il faut alors les appliquer sur les flancs, qui sont toujours moins sensibles, et scarifier très-profondément, afin de tirer beaucoup de sang; par la même raison, on se servira de ventouses très-larges.

Le vomitif, qui détermine de si vives douleurs et un sentiment de fatigue, de brisement, si pénible dans l'abdomen, est formellement contr'indiqué dans toute péritonite; il peut même déterminer cette inflammation.

L'emploi des narcotiques n'est d'aucune utilité directe; si ces moyens empêchent le malade de percevoir la douleur, ils ne font pas cesser le désordre organique qui la cause; il ne faut jamais y recourir qu'à titre de palliatifs, et se ressouvenir qu'en masquant la douleur ils exposent au danger de méconnaître la persistance, l'augmentation, et même le redoublement du mal.

Quand, à la péritonite chronique, viennent se joindre les phénomènes de l'ASCITE, il faut alors se conduire comme il a été dit dans l'article relatif à cet état morbide.

Un moyen qui nous paraît devoir être utile et peut-être tout puissant dans le traitement de la péritonite, même aiguë, immédiatement après les émissions sanguines, c'est le bain de vapeur dirigé sur la moitié inférieure du corps seulement; quand on pense que les membranes séreuses suppléent si éner-

giquement à l'action de la peau, car lorsque celle-ci cesse de transpirer, puisque toujours une de ces membranes s'enflamme, on ne peut s'empêcher de croire qu'en excitant vivement la transpiration cutanée, il est possible d'opérer la plus heureuse diversion, qu'on chercherait vainement à obtenir par tout autre moyen que celui dont nous venons de parler.

Les complications de la péritonite sont nombreuses; elles ne contr'indiquent jamais le traitement nécessaire dans cette phlegmasie quand elle est aiguë; mais elles exigent souvent que l'on s'occupe de la tête ou des voies digestives, soit par des applications de sangsues au crâne, soit par un régime des plus sévères, ou des applications de sangsues à l'anus. D'autres fois, la plèvre venant à s'enflammer, il faut y remédier par la saignée, et les sangsues au thorax; mais comme il suffit trop souvent de l'inflammation d'une seule membrane séreuse pour faire périr un sujet, il est bien difficile qu'il échappe à la phlegmasie aiguë de deux membranes de ce genre.

PERKINISME, s. m.; nom donné, d'après celui de son inventeur, à un prétendu moyen thérapeutique, qui consiste à promener sur la surface ou au voisinage d'une partie douloureuse, deux aiguilles, l'une de laiton, l'autre de ferblanc, qui se terminent, l'une par une extrémité pointue, et l'autre par une extrémité mousse. Ce moyen passa d'Amérique en Danemarck, d'où il se répandit bientôt dans le nord de l'Europe. Le peuple, avide de merveilles, l'accueillit avec l'enthousiasme qu'excitent toujours en lui les nouveautés extraordinaires. Quelques médecins s'en montrèrent aussi les partisans, par crédulité ou par calcul. En un mot le perkinisme fut quelque temps à la mode. Mais l'engouement ne tarda pas à se dissiper, et ce prétendu moyen thérapeutique tant vanté est maintenant enseveli dans l'oubli avec les jongleries de Cagliostro et de Mesmer, dont tous les bons esprits ont reconnu la futilité, quoiqu'il se trouve encore quelques crédules qui sont les dupes à la fois de leur simplicité, et de l'adresse d'habiles faiseurs de tours de gibecière.

PERMÉABILITÉ, s. f.; propriété en vertu de laquelle certains corps permettent à d'autres de s'introduire dans les interstices des molécules dont leur masse est composée.

Il ne suffit pas qu'un corps soit poreux pour qu'une substance quelconque, liquide ou gazeuse, pénètre dans son intérieur, il faut encore que la nature des deux corps n'oppose point d'obstacle à l'action qui résulte de l'espèce de capillarité produite par le défaut de contact entre les particules que réunit la force de cohésion. Ainsi la perméabilité dépend à la fois, et de la porosité, et de l'attraction moléculaire, qui en sont les deux conditions essentielles.

PERNICIEUX, adj., *perniciosus;* se dit des *fièvres* intermittentes qui deviennent mortelles vers le troisième, quatrième ou cinquième accès. Ces maladies ont été étudiées avec soin par Mercado, Morton, Torti, Lautter, Lancisi, Coutanceau, Alibert; il ne manque, aux excellens ouvrages publiés par ces auteurs sur les fièvres pernicieuses, que des relations d'ouvertures de cadavres plus nombreuses, et des recherches plus positives sur le siége du mal. Leurs écrits destinés uniquement à faire reconnaître ces maladies, et la manière de les combattre d'après les leçons de la seule expérience, sont incomplets sous le point de vue que nous venons de dire.

Ils admettent des *fièvres intermittentes pernicieuses :*

Algide, caractérisée par un frisson, un froid excessif, puis une chaleur peu intense, une soif inextinguible, une langue sèche et comme brûlée, noirâtre, la gêne de la déglutition, des syncopes; assez peu commune.

Amaurotique, dans laquelle le malade perd momentanément la vue à chaque accès. Observée par Vacca-Berlinghieri. Coutanceau a vu l'amaurose succéder passagèrement à la cessation d'une fièvre intermittente guérie par le quinquina.

Aphonique, caractérisée par une grande chaleur, la privation totale de la voix, les convulsions des muscles de la face, l'aspect de la langue qui est comme brûlée, une soif excessive, une inquiétude, un malaise général; peu commune.

Asthmatique ou *dyspneïque*, caractérisée par une grande gêne de la respiration, une suffocation imminente, une toux forte, point de crachats.

Atrabilaire ou *hépatique*, caractérisée par des selles abondantes, répétées, de matières semblables à de la lavure de chair, de sang noir liquide ou coagulé, une faiblesse extrême, un pouls petit et faible, une voix éteinte ou aiguë, le froid de la peau, surtout aux extrémités, des syncopes; elle n'a guère été observée que chez des sujets vigoureux; elle est peu commune.

Cardialgique, caractérisée par un frisson très-court, puis une douleur atroce à l'épigastre, qui, dit-on, correspond à l'orifice supérieur de l'estomac; un sentiment de morsure, de déchirement intolérable; des nausées, des vomissemens, des syncopes; la pâleur de la face, l'altération des traits; la petitesse, la rareté du pouls; l'obscurcissement de la vue, la gêne de la respiration; c'est la plus commune et peut-être la plus dangereuse.

Carditique, caractérisée par de violentes palpitations de cœur, une douleur cruelle, un sentiment de morsure rapporté à la région de ce viscère, porté jusqu'à la syncope; observée par Jonquet.

Carotique ou *apoplectique*, *comateuse*, *léthargique*, *sopo-*

reuse, caractérisée par un état de somnolence, un assoupissement plus ou moins profond, avec plénitude et rareté du pouls, qui est quelquefois petit; larmoiement, immobilité des paupières, aspect cadavéreux de la face, indifférence du malade pour ce qui l'entoure, insensibilité pour les différens stimulans, respiration stertoreuse; assez fréquente; observée par Torti, et par Fizeau, qui l'a donnée pour une fièvre adynamique intermittente.

Catarrhale, caractérisée par la rougeur de la face, de la gorge, des yeux, la pesanteur de tête, la douleur de poitrine, la gêne de la respiration, la dépravation du goût, la toux, les convulsions, l'assoupissement; observée par Comparetti.

Céphalalgique, caractérisée par une forte douleur de tête, principalement au front, ou bien une hémicranie avec douleur dans les orbites, trouble de la vue, sensibilité exquise de la rétine, tintemens d'oreille, répugnance extrême pour le bruit, vertiges et insomnie; observée par Comparetti, et par Itard qui n'en a pas méconnu le caractère inflammatoire ni le siége.

Cholérique ou *dysentérique*, caractérisée par des vomissemens, des déjections, ou ces deux modes d'évacuation, de matières bilieuses, vertes, une douleur intense et une vive chaleur à l'épigastre, la sécheresse de la langue, l'altération de la voix, le hoquet, la gêne de la respiration, la petitesse et la faiblesse du pouls, le froid des extrémités; observée par Torti.

Colique, caractérisée par de vives douleurs dans les intestins, comparées par les malades à un sentiment de torsion ou de tension insupportable, la petitesse du pouls, le vomissement, la soif, la sécheresse de la langue, des anxiétés, une sueur froide; observée par Morton.

Convulsive, caractérisée par les contractions irrégulières des muscles de la face, la rotation forcée et le renversement du globe de l'œil, la dilatation d'une ou des deux pupilles, le serrement des mâchoires, l'assoupissement, la gêne de la respiration, la petitesse du pouls; plus commune chez les enfans que chez les adultes.

Cystique, caractérisée par une vive douleur à la région de la vessie, succédant à une douleur de l'estomac; observée par Jonquet.

Délirante, caractérisée par le désordre des idées, une soif ardente, la chaleur de la peau, la faiblesse du pouls, le relâchement du sphincter de la vessie, l'agitation, la rougeur de la face, et le plus souvent tous les signes de l'irritation gastro-intestinale; observée par Lautter, Lacroix.

Diaphorétique, caractérisée par un frisson à peine sensible, une effusion de sueur abondante, visqueuse, épaisse, souvent

froide, quoique la peau soit chaude, avec petitesse, faiblesse du pouls, gêne de la respiration, faiblesse des muscles, douleurs dans les membres.

Epileptique, caractérisée par un frisson peu prolongé, puis une chaleur excessive, des mouvemens convulsifs de tout le corps, la perte de connaissance, l'écume à la bouche; observée par Lautter et Colson.

Exanthématique, caractérisée par une éruption de taches rouges survenant lors de la diminution d'une vive douleur, d'un sentiment de constriction à l'épigastre, et d'un vomissement avec soif; observée par Alibert.

Hydrophobique, caractérisée par des éblouissemens, des vertiges, une céphalalgie atroce, une anxiété générale, un frisson, une légère chaleur, du découragement, la prostration, des vomissemens de matières verdâtres, une soif très-vive, la rougeur des bords de la langue, une irritation de l'arrière-bouche, une dysphagie considérable, des mouvemens convulsifs des lèvres et du muscle du cou, augmentant à l'approche des liquides, des convulsions; observée par Dumas.

Ictérique, caractérisée par les phénomènes de l'irritation gastrique, et la coloration de la peau en jaune; observée par Gilbert.

Néphrétique, caractérisée par de vives douleurs dans la région lombaire, la stupeur des cuisses, le refroidissement des extrémités, des syncopes; observée par Morton chez des calculeux.

Paralytique, caractérisée, par la suspension de la contractilité dans une ou plusieurs régions musculaires; observée par Molitor et Jonquet.

Péripneumonique ou *pleurétique*, caractérisée par un violent frisson, un froid glacial, une vive douleur dans la poitrine, augmentant dans l'inspiration, la gêne de la respiration, une faiblesse extrême, la petitesse du pouls, puis sa dureté et sa fréquence, et la toux, ainsi que la soif et la sécheresse de la langue; observée par Morton, Lautter et Roche.

Rhumatismale ou *arthritique*, caractérisée par des douleurs tensives, gravatives, contusives, d'abord, puis lancinantes, empêchant le mouvement des membres, avec chaleur, anxiété précordiale, soif inextinguible, abattement profond et dépression du pouls.

Syncopale, caractérisée par des défaillances qui se renouvellent pour peu que le malade fasse le moindre mouvement, ou qu'on le remue le moins du monde; une grande faiblesse, nulle douleur, une sueur qui couvre la face et le cou, des yeux caves et ternes, la petitesse et la fréquence du pouls; assez commune.

Utérine, caractérisée par des vomissemens, une métrorrhagie, la pâleur de la face, la petitesse du pouls, la tension de l'abdomen, qui est douloureux au toucher; observée par Gaillard.

Après la lecture de cette liste redoutable de fièvres mortelles en si peu de jours et d'une manière presque inattendue, on est tenté de déplorer l'existence humaine en butte à tant de maux. Mais le fait est que ces maladies sont généralement peu communes; elles ne règnent que dans certaines contrées, au moins fréquemment, et, dans toutes les autres, elles ne paraissent que de loin en loin, et de plus il est facile de les éviter en quittant le pays où elles règnent; on les guérit le plus souvent, dit-on, à l'aide des toniques, et précisément à cause de cela on les connaît moins que les fièvres continues. Cependant, même dans l'état d'imperfection où se trouve actuellement la science, il est permis de les rallier aux maladies continues dont elles présentent les symptômes, et de ne les considérer que comme des variétés que sans doute il importe de connaître, mais qui ne sont point des maladies d'une nature tout à fait spéciale, comme on l'a prétendu.

Pour peu qu'on étudie avec quelque attention les symptômes qui caractérisent les fièvres pernicieuses, on voit que ce sont les mêmes que ceux des fièvres intermittentes bénignes, mais plus intenses, et tels qu'on les observe dans les fièvres continues qui sont sur le point de devenir funestes : comme dans ces fièvres, le danger n'est apparent que lorsqu'il survient des phénomènes d'affection cérébrale, ou lorsque le principal symptôme qui révèle le siége du mal s'exaspère au plus haut degré.

La plupart des fièvres pernicieuses présentent des signes d'affection de l'encéphale ou de ses membranes, avec ou sans symptômes de gastro-entérite; il en est, et ce sont les plus communes, dans lesquelles ces symptômes prédominent sur tous les autres, et qui n'offrent de signes funestes qu'au plus fort de leurs accès; quelques-unes sont spécialement caractérisées par des dérangemens dans la respiration ou dans l'action du cœur; celles qui ne se dévoilent que par un symptôme nerveux dominant proviennent évidemment d'une affection de l'encéphale.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup occupé à rassembler avec soin des observations de nouvelles espèces de fièvres pernicieuses; on en trouvera autant qu'il y a de symptômes, car il n'est pas de phénomène morbide qui ne puisse prédominer dans un appareil violent de souffrances, tel que l'est un accès pernicieux. Ce n'est donc pas sur un seul symptôme qu'il faut se régler, mais sur l'ensemble de tous ceux dont se compose l'accès.

Considérées d'après leurs phénomènes et dans leur siége, les fièvres pernicieuses sont des gastro-entérites, des gastro-hépatites, des entérites, des bronchites, des péripneumonies, des pleurésies, des cardites, des encéphalites, des arachnoïdites, des cystites, en un mot des irritations intermittentes, vives, douloureuses, menaçantes, promptement mortelles, et dans lesquelles l'irritation du centre nerveux est promptement arrivée au plus haut degré, ou vient promptement se joindre à l'irritation primitive. Ces fièvres sont donc toujours à double siége, sinon dès leur début, au moins dès qu'elles menacent la vie du sujet. Elles ont cela d'analogue avec toutes les fièvres continues graves; mais elles sont intermittentes, et c'est par cela seulement qu'elles en diffèrent.

Il importe beaucoup de les distinguer des fièvres intermittentes bénignes, et à cause de cela nous devons entrer dans quelques détails sur la manière dont elles se comportent dans leurs cours.

Un malade affecté d'une fièvre intermittente dont les symptômes sont peu intenses, vient-il à se plaindre d'avoir ressenti dans son dernier accès, ou de ressentir dans l'accès actuel une vive douleur de tête, de l'embarras dans les idées, une grande envie de dormir, du froid excessif et prolongé, de ne pouvoir parler, d'éprouver une douleur au côté, une gêne extrême de la respiration, de la répugnance pour les boissons, du resserrement dans le pharynx en buvant, une vive douleur à la région précordiale, une disposition aux défaillances ou même des syncopes, une vive douleur à l'épigastre, à l'hypocondre, à l'hypogastre, dans les lombes, des coliques très-vives, des vomissemens, des déjections très-pénibles, très-abondantes, des douleurs insupportables dans les articulations, de la gêne dans les mouvemens d'un seul membre, ou dans le bras et la jambe du même côté, du trouble dans la vue, du tintement d'oreilles, sa peau ruisselle-t-elle de sueur, surtout froide; enfin, se couvre-t-elle d'une éruption, ou devient-elle jaune après l'accès, soit qu'il y ait un seul ou plusieurs de ces symptômes, si le malade a déjà éprouvé des fièvres intermittentes, et surtout une fièvre pernicieuse, s'il habite un pays où ces maladies soient endémiques, ou s'il en arrive, on a lieu de soupçonner, de redouter du moins, que la maladie n'arrive au degré d'intensité et à l'état de complication qui constituent la nuance pernicieuse.

L'apparition d'un ou de plusieurs de ces symptômes ne doit cependant pas, même dans ces circonstances, faire annoncer à la légère que la maladie va subir indubitablement cette redoutable exaspération, et prodiguer de suite le quinquina, pour ensuite fatiguer le public du bruit de cures imaginaires,

comme on l'a fait encore tout récemment, et comme il est arrivé, même en présence de l'Institut. Il faut surtout ne pas prendre trop tôt l'alarme ni trop chaudement dans toute contrée où il y a non-seulement peu de fièvres pernicieuses, mais encore peu de fièvres intermittentes bénignes, comme à Paris. Mais on aurait de graves reproches à se faire si, ayant observé un des symptômes que nous venons d'indiquer, on n'y avait donné aucune attention, et si la maladie était arrivée subitement, et d'une manière imprévue, à l'état le plus redoutable. En conséquence, toutes les fois qu'on observera un de ces symptômes, on ne quittera point le malade jusqu'à ce que l'accès soit terminé; si on apprend seulement que l'un de ces symptômes a eu lieu, on prendra des mesures pour se trouver à l'accès suivant. Dans l'un et l'autre cas, on étudiera tous les phénomènes avec la plus scrupuleuse attention, et sans rien prescrire qui puisse troubler la marche de la maladie, sauf le cas où déjà plusieurs accès pernicieux, ou même un seul bien caractérisé, auraient eu lieu, car alors il faudrait, aussitôt le premier intervalle, prescrire le quinquina.

Si l'accès auquel on assiste est encore peu intense, s'il est le premier qui offre le caractère pernicieux, consistant dans, 1°. l'intensité d'un symptôme ou la présence d'un symptôme insolite; 2° la durée excessive d'un symptôme; 3° la violence de plusieurs symptômes; 4° l'abattement ou l'agitation excessive du malade, sa défaillance ou son assoupissement; 5° l'altération profonde de ses traits; 6° le malaise extrême, la faiblesse excessive dans laquelle il se trouve après l'accès: on peut se borner à prescrire les moyens que l'on ordonnerait dans une fièvre intermittente BÉNIGNE, en raison d'ailleurs du siége du mal, autant qu'on peut le découvrir.

Dans l'intervalle qui suit l'accès il ne faut rien négliger pour en empêcher le retour, et pour cela il n'est pas nécessaire d'attendre que plusieurs accès évidemment pernicieux se soient manifestés, car il faut craindre que la mort n'ait lieu dès le troisième.

Le traitement à suivre dans l'intervalle est relatif à l'emploi des moyens susceptibles de diminuer l'excitabilité en général, notamment celle de l'organe menacé et du cerveau, et à faire naître un afflux très-local du sang, une médication tonique sur un tissu quelconque, autre, s'il est possible, que celui sur lequel doit s'opérer l'afflux tumultueux du sang dont on craint le retour.

La saignée, les sangsues, les mucilagineux, le régime, seront employés pour satisfaire à la première indication, mais avec modération, avec réserve même, car l'expérience a prouvé

que les pertes excessives de sang sont suivies d'une plus grande disposition aux congestions sanguines.

Les amers, le quinquina surtout, les sels préparés avec les alcalis que recèle cette écorce, les sels vénéneux, sont les moyens les plus puissans pour remplir la seconde indication.

Les amers échouent plus souvent que le quinquina; celui-ci doit être préféré, parce que l'expérience a prouvé qu'il était plus puissant que tous les autres. Les sels de quinine doivent lui être préférés, parce qu'ils fatiguent moins l'estomac, ne l'irritent pas davantage, et sont aussi efficaces. Ce n'est pas dans cet article que nous devons indiquer la manière d'administrer ces moyens, nous en parlerons amplement à l'article QUINQUINA.

Les sels vénéneux, tels que ceux d'arsenic, ne sont peut-être pas moins puissans, mais ils sont trop dangereux, et à cause de cela on doit préférer ceux que l'on prépare avec les alcalis de l'écorce du Pérou, toutes les fois que l'on ne manque pas de ceux-ci ou du quinquina lui-même. Dans un cas où l'on n'aurait que de faibles amers à diriger contre une irritation pernicieuse menaçante, il serait plus rationnel de recourir aux préparations arsénicales que d'exposer le malade à une mort que tout doit faire redouter.

Quel que soit le médicament dit fébrifuge auquel on a recours, faut-il l'employer de suite quand on se trouve près du lit d'un malade actuellement en proie à un accès de fièvre pernicieuse, que tout annonce devoir être le dernier, c'est-à-dire se terminer par la mort, soit parce qu'il est le troisième, le quatrième et surtout le cinquième, soit en raison de sa violence? Cette question est tout autrement importante que s'il ne s'agissait que des fièvres intermittentes bénignes, c'est-à-dire qu'il faut toujours s'abstenir de prescrire le dérivatif pendant l'accès, dans ces maladies; mais, lorsqu'il s'agit d'un accès de fièvre pernicieuse et des circonstances que nous venons d'indiquer, nous pensons, avec tous les praticiens, qu'il faut donner le quinquina dans l'accès même, au risque d'aggraver les symptômes de la période de chaleur. Il y a d'importantes recherches à faire sur ce point de doctrine; et, par exemple, il faudrait examiner si, dans les accès de ce genre, il ne conviendrait pas de donner un puissant sudorifique au moment du frisson, de saigner modérément à l'instant où la chaleur se développerait, puis d'administrer le quinquina, et de constater les effets d'une perturbation aussi violente.

Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement des fièvres pernicieuses; il consiste presque tout entier dans l'emploi du QUINQUINA, d'après les principes indiqués par l'expérience, et préparé par des émissions sanguines peu abondantes.

Les fièvres intermittentes pernicieuses peuvent être quotidiennes, tierces ou quartes, mais elles sont le plus ordinairement tierces. On ne sait pas au juste actuellement quelle serait la proportion des terminaisons heureuses et des terminaisons funestes, si on les abandonnait aux seules ressources de la nature, car à peine soupçonne-t-on leur approche, qu'on se hâte avec raison de les écarter. Aussi n'avons-nous que bien peu de lumières sur les altérations organiques qu'elles laissent dans les cadavres; il ne faut pas se plaindre de cette pénurie de documens d'un si triste genre; mais comme enfin il n'est pas vrai que le quinquina guérisse toutes les fièvres intermittentes pernicieuses, il est à désirer que l'on ne néglige pas les occasions, quelques rares qu'elles puissent être, d'ouvrir les cadavres des sujets qu'elles ont fait périr.

Il est des fièvres pernicieuses rémittentes; il faut bien se garder, quoiqu'en ait dit Torti, de braver l'irritation continue des viscères, et de n'employer aucun antiphlogistique dans l'intervalle des accès, car autrement on court le risque de placer dans l'estomac, qui ne peut le recevoir sans entrer en contraction, le quinquina destiné à prévenir l'exacerbation; si l'irritation continue n'affecte pas l'estomac, il faut encore l'attaquer dans l'intervalle du redoublement pernicieux par des antiphlogistiques, et ne donner le quinquina que lorsque l'accélération de la circulation est moindre;mais au moins, dans cette circonstance, on ne doit pas respecter l'estomac s'il y a urgence.

On a prétendu que les miasmes des marais, les émanations des pays humides, bas, marécageux, étaient la seule cause des fièvres pernicieuses; c'en est réellement la cause la plus ordinaire, la plus puissante, mais non l'unique; car un chagrin violent, une irritation chronique, la peur, le froid, peuvent les déterminer. Dans tous les cas, c'est le même mode de traitement, mais si la cause est morale, le succès du quinquina est fort douteux.

Il manque une histoire complète des irritations pernicieuses; celui qui l'entreprendra devra rassembler tous les faits de ce genre épars dans les ouvrages classiques, les recueils académiques, les journaux, et les soumettre à l'analyse; nous n'avons pu qu'effleurer ces recherches dans notre Pyrétologie; mais nous sommes convaincu par celles que nous avons faites que, plus on étudiera ce point de science, et plus on verra qu'il n'est pas, comme on l'a prétendu, l'écueil des nouvelles théories, si par théorie on entend, comme nous l'entendons, le sommaire des faits rapprochés de leurs analogues. Il n'est jamais arrivé aux naturalistes de faire deux familles d'animaux dont les uns ne vivent qu'un jour, et dont les autres vivent un siècle; ce travers était réservé aux médecins, qui

ont prétendu qu'une gastrite, une arachnoïdite intermittentes n'étaient pas de même nature qu'une arachnoïdite, une gastrite continues. *Voyez* FIÈVRE INTERMITTENTE, PÉRIODICITÉ, PÉRIODIQUE, QUINQUINA.

PÉRONÉ, s. m., *fibula;* l'un des deux os de la jambe, dont il occupe la partie externe. Beaucoup plus mince que le tibia, mais d'une longueur presque égale à la sienne, il affecte une direction légèrement oblique et telle, que son extrémité inférieure se trouve plus en avant que la supérieure. Comme dans tous les os longs, on y distingue un corps et deux extrémités.

Le corps est arrondi supérieurement, triangulaire dans le reste de son étendue, tordu sur lui-même, et légèrement courbé en dedans. Sa face interne offre une crête longitudinale, qui la divise en deux portions, dont l'antérieure est la moins étendue, et la postérieure représente une sorte de gouttière. La crête donne attache au ligament interosseux; la portion antérieure de la face aux muscles extenseur propre du gros orteil, extenseur commun des orteils et péronier antérieur; la gouttière postérieure, au muscle jambier postérieur. La face externe est presque entièrement couverte par les muscles grand et moyen péroniers, qui y prennent leurs insertions. La postérieure offre, vers sa partie moyenne, l'orifice du conduit nourricier, et inférieurement, où elle devient plus large, un espace triangulaire, convexe et rugueux, qui se joint au tibia; les muscles soléaire, et long fléchisseur du gros orteil s'y implantent. Le bord antérieur se bifurque en bas, et laisse, entre les branches de sa bifurcation, un espace triangulaire, un peu concave, que recouvrent les tégumens; il donne attache aux muscles extenseur commun des orteils, péronier antérieur et péroniers latéraux. Le bord interne sert à l'insertion des muscles jambier postérieur et long fléchisseur propre du gros orteil, ainsi qu'à celle du ligament interosseux. Le bord externe reçoit les fibres des muscles soléaire, long fléchisseur propre du gros orteil et périoniers latéraux.

L'extrémité supérieure ou tibiale, a reçu le nom de *tête*, parce qu'elle est arrondie. On y remarque une facette un peu concave, tournée en dedans et en devant, qui s'articule avec la tubérosité externe du tibia. Elle se termine en arrière par une éminence pyramidale dirigée de bas en haut. Sur toute sa circonférence elle offre des inégalités qui servent à l'insertion de ligamens articulaires et du tendon du muscle biceps crural.

L'extrémité inférieure ou tarsienne est allongée, aplatie de dedans en dehors, et terminée en pointe. Elle forme la malléole interne, qui descend plus bas que l'externe, et qui est plus volumineuse qu'elle. Sa face externe est convexe et cou

verte par la peau seulement L'interne porte une petite facette triangulaire qui se joint à l'astragale, et que borne en arrière un eufoncement rugueux auquel s'attache un des ligamens postérieurs de l'articulation du pied. Au dessus de cette facette s'en trouve une autre également triangulaire et rugueuse, par laquelle l'os s'articule avec le tibia. En devant, la malléole externe présente un bord mince et inégal, auquel s'attachent des ligamens. En arrière, on aperçoit un autre bord plus large, et creusé d'une coulisse qui sert au passage des muscles péroniers latéraux. Enfin, son sommet représente une pyramide à laquelle s'insére le ligament latéral externe de l'articulation du pied.

Cet os est composé de tissu compact dans sou corps, et de tissu celluleux à ses extrémités. Il s'articule avec l'astragale et le tibia. Son développement se fait par trois points d'ossification, un pour le corps et un pour chaque extrémité.

Quoique plus faible que le tibia, et autant exposé que lui au choc des corps extérieurs, le péroné est cependant, des deux os de la jambe, celui dont les fractures se présentent le moius fréquemment à l'observation. Cette particularité s'explique par l'espèce d'isolement où se trouve le péroné, relativemeut à la ligne suivant laquelle le poids du corps est transmis au pied. L'élasticité dont cet os jouit jusque dans l'âge le plus avancé, le peu d'efforts qu'il supporte dans la plus grande partie de sa longueur, la protection qu'il reçoit en avant des muscles qui remplissent l'espace interosseux, et du tibia lui-même, en arrière de la masse commune aux jumeaux et au soléaire, en dehors des péroniers latéraux, sont autant de circonstances qui tendent à affaiblir l'effet des percussions dont il est souvent le siége, et à diminuer le nombre de ses ruptures. On doit remarquer toutefois que plusieurs de ces lésions ont été souvent méconnues, que d'autres sont, dans beaucoup de cas, confondues avec les luxations de l'articulation tibio-tarsienne, de telle sorte qu'elles sont, en réalité, beaucoup plus fréquentes que ne l'indiquent la plupart des auteurs. Dupuytren estime même que les seules fractures de la partie inférieure du péroné sont au reste des fractures des os de la la jambe :: 1 : 3.

Les solutions de continuité du péroné doivent être distinguées en celles qui surviennent vers les parties moyenne et supérieure de cet os, et en celles dont son extrémité malléolaire est le siége. Ces deux espèces de fractures diffèrent entre elles sous le triple rapport de leurs causes, de leurs effets et des moyens curatifs qu'il convient d'employer pour les combattre.

Les premières sont les plus rares; elles succèdent presque constamment à des chocs directs, tels que ceux qui résultent

de l'action des corps tranchans ou contondans, de plaies d'armes à feu, du passage de roues de voiture sur la partie externe de la jambe. Ainsi que l'a fait observer Dupuytren, il existe une remarquable analogie entre ces fractures et celles du corps du cubitus, qui ne sont jamais isolément produites que par des puissances immédiatement appliquées au point où elles s'opèrent. Quoi qu'il en soit de ce rapprochement, les solutions de continuité du corps ou de la partie supérieure du péroné, le tibia restant intact, ne sont suivies d'aucun déplacement suivant la longueur des fragmens; le pied conserve sa direction normale, et l'on sent à peine, à l'endroit de la fracture, une dépression produite par l'enfoncement léger des pièces osseuses. Aussi le diagnostic des lésions de ce genre est-il susceptible de présenter de l'obscurité, surtout si un gonflement considérable a eu le temps de se développer. Les circonstances commémoratives de la blessure; la violence du coup porté sur la jambe, ou la pesanteur du corps qui a froissé ce membre; l'existence d'une ecchymose étendue, d'une contusion profonde à la région frappée; la facilité avec laquelle le doigt qui parcourt la surface externe du péroné s'enfonce en cet endroit, et déprime vers le tibia les extrémités des fragmens; tels sont les signes principaux qui doivent servir de base au jugement du praticien. Les mouvemens imprimés au pied, ceux que l'on cherche à communiquer aux extrémités de l'os, ne développent presque jamais de crépitation sensible, à raison du peu d'épaisseur des fragmens et de l'exactitude des rapports qu'ils conservent.

Les fractures qui nous occupent ne sont jamais accompagnées de raccourcissement du membre, parce que le tibia lui sert en quelque sorte d'attelle. Il est rare qu'elles présentent quelque gravité, excepté lorsque des délabremens considérables aux parties molles les compliquent. Dans les cas simples, la nature se suffit presque entièrement à elle-même pour opérer la guérison. Maintenir le membre immobile au moyen du bandage indiqué pour les fractures ordinaires de la JAMBE; panser convenablement les contusions et les plaies dont la solution de continuité de l'os peut être accompagnée, telles sont les indications que présentent les fractures du corps du péroné. Leur consolidation s'opère en trente ou trente-cinq jours, et il est rare qu'aucune difformité leur succède.

Les ruptures de la portion malléolaire de l'os qui nous occupe sont tout autrement dangereuses, et exposent à des résultats beaucoup plus graves. Elles ont été long-temps confondues avec les luxations du pied. Duverney et J.-L. Petit sont les premiers chirurgiens qui en aient parlé chez les modernes. Petit remarqua surtout que les luxations latérales de

l'articulation tibio-tarsienne ne sauraient avoir lieu sans la rupture de l'une ou de l'autre des malléoles. David, Fabre, Bromfield, Pott, Pouteau, Boyer, Richerand et Ch. Bell ont ensuite contribué, par leurs observations, à faire mieux connaître les fractures de la partie inférieure du péroné. Cependant l'histoire de ces lésions était encore fort incomplète, les moyens curatifs qu'on leur opposait ne suffisaient presque jamais pour prévenir les difformités qu'elles tendent à laisser après elles, lorsque Dupuytren en fit l'objet de ses méditations, et rendit leur traitement aussi efficace que celui de toutes les autres fractures.

L'extrémité inférieure du péroné peut être brisée soit par des causes directes, semblables à celles dont il a été question plus haut, soit après des efforts exercés sur le pied, et dont l'effet se produit par contre-coup. Le mécanisme des fractures du premier genre ne présente rien de remarquable; celui du second mérite au contraire de fixer l'attention du praticien, parce qu'il importe de bien connaître les circonstances susceptibles de briser le péroné, afin d'être prévenu, dans les cas douteux de la possibilité de l'existence de cette lésion. Une inégalité du sol, un caillou qui roule sous le soulier, une chute faite d'un lieu plus ou moins élevé sur les pieds inclinés en dedans ou en dehors, telles sont les causes les plus communes de ces fractures; elles sont le résultat immédiat de l'action du poids du corps et de la contraction musculaire agissant brusquement sur l'articulation inférieure de la jambe, au moment où le pied est écarté de la ligne verticale. Si alors la face plantaire de cet organe est inclinée en dehors, les ligamens latéraux internes de la jointure tibio-tarsienne sont tiraillés, la malléole correspondante peut même être arrachée, et le poids du corps continuant d'agir, la partie externe du calcanéum viendra heurter le sommet de la malléole péronéale et la porter avec violence en haut et en dehors. Retenue avec force par des faisceaux ligamenteux très-solides, cette portion de l'os, si elle ne se sépare pas du tibia, devra nécessairement se rompre à une hauteur plus ou moins considérable, et surtout à cet endroit, mince et peu résistant, qui forme une sorte de col, immédiatement au dessus de la naissance de l'apophyse malléolaire. Or, c'est ce dernier événement qui arrive presque toujours; il est consécutif à l'entorse ou à la luxation interne du pied.

Lorsque la face plantaire de cet organe est au contraire inclinée en dedans, la ligne de transmission du poids du corps coupe obliquement de dedans en dehors et de haut en bas l'extrémité inférieure du tibia; la malléole externe, et les ligamens qui s'y attachent sont violemment tiraillés. L'éminence qui termine le péroné, ou la portion de cet os qui la supporte cède ordinairement à la traction exercée sur eux par

les faisceaux ligamenteux externes; traction d'autant plus efficace alors que ces faisceaux sont transversalement entraînés dans une direction presque perpendiculaire à celle de la malléole, et que cette éminence trouve un point d'appui soit le bord tranchant de l'astragale qui vient la heurter avec violence. Dans ce cas, la fracture du péroné précède le déplacement du pied; elle a lieu du même côté que l'entorse, dont elle est en quelque sorte une des circonstances.

Il est assez rare que les lésions de ce genre soient parfaitement simples. Presque toujours les fractures, produites par le renversement du pied en dehors, sont précédés soit de la déchirure des ligamens articulaires internes, soit de l'arrachement du sommet de la malléole tibiale, soit de la fracture de la base de cette apophyse ou du tibia lui-même. Dans la solution de continuité que détermine l'inclinaison du pied en dedans, la puissance vulnérante ne borne seulement pas son action à la rupture de l'os, mais détermine encore ou la luxation de l'articulation en dehors, ou la fracture du tibia, ou d'autres désordres également graves. La rupture des tégumens, des déchirures intérieures, des ecchymoses étendues sont autant de lésions qui compliquent fréquemment les fractures qui nous occupent, et qui augmentent les dangers qu'elles font courir aux malades.

A peine le péroné est-il fracturé que des phénomènes très-remarquables surviennent dans l'articulation tibio-tarsienne. Le côté externe de la mortaise qui reçoit l'astragale, ayant perdu sa solidité, ne résiste plus aussi efficacement à l'action des muscles qui tendent à renverser le pied en dehors, et qui l'emportent en puissance sur leurs antagonistes. Alors le bord externe du pied se relève, l'interne s'abaisse, la face dorsale de l'organe se porte directement en haut, et la région plantaire s'incline en dehors; la poulie de l'astragale se dirige sous la malléole interne, et quelquefois y fait une saillie facile à reconnaître à travers l'épaisseur des tégumens; la malléole péronéale éprouve au contraire sur le tibia un mouvement de bascule qui relève son sommet, et rapproche de l'axe du membre l'extrémité supérieure du fragment qu'elle termine. Dès-lors le pied est placé en dehors du centre de l'espace intermalléolaire; en prolongeant en bas l'axe du tibia, il tomberait au côté interne du tarse, et le poids du corps serait supporté par la malléole interne et par les ligamens qui s'y attachent. Ce déplacement du pied en dehors est le seul qui résulte nécessairement de la solution de continuité du péroné; il est d'autant plus marqué que cet os s'est brisé plus bas, et que le malade a fait ensuite plus d'efforts pour se servir du membre blessé. Dans le cas même où la fracture résulte de l'inclinaison violente du pied en dedans, l'action musculaire

ne tarde pas à ramener ensuite cet organe en dehors, et à produire dans ses rapports avec la jambe les changemens indiqués.

La rupture de la partie inférieure du péroné est-elle méconnue ou traitée au moyen d'appareils insuffisans, les désordres qui l'accompagnent sont portés de plus en plus loin, l'action musculaire achève graduellement de tirer le pied en dehors, l'astragale est porté au dessous de la malléole interne, les ligamens correspondans sont tiraillés, les parties molles distendues s'enflamment, s'ulcèrent, et la capsule synoviale étant ouverte, la carie s'empare des extrémités articulaires et les détruit. Dans les cas les moins défavorables, les malades, ne pouvant confier le poids du corps à un membre déformé, affaibli, douloureux, dont l'extrémité ne présente au sol que la malléole tibiale et le côté interne du pied, sont obligés ou de se servir de béquilles, ou de marcher à l'aide d'une jambe de bois. Dupuytren a rassemblé plusieurs observations qui constatent les funestes résultats dont les fractures méconnues du péroné peuvent être suivies.

Il importe donc de bien déterminer le diagnostic de ces lésions. Après tous les accidens susceptibles de les produire, on doit explorer attentivement la partie inférieure de la jambe, et l'articulation tibio-tarsienne. On sent que l'espèce de mouvement imprimé au pied durant une chute faite d'un lieu élevé, que la douleur éprouvée par le malade au côté externe de la jointure, qu'un bruit plus ou moins fort entendu à l'instant du choc, ou un craquement douloureux ressenti à l'endroit malade, sont autant de circonstances, qui peuvent appartenir à l'entorse simple, ou compliquée de la déchirure des ligamens, mais dont la réunion peut cependant aussi rendre probable l'existence de la fracture du péroné. Lorsque celle-ci existe, il est presque toujours possible de reconnaître, à l'endroit qu'elle occupe, les inégalités produites par les fragmens, et qui sont d'autant plus considérables que le déplacement est porté plus loin. En parcourant avec le doigt toute l'étendue de la portion inférieure du péroné, on distingue à l'endroit brisé une mobilité anormale qu'il faut bien distinguer de la flexibilité élastique de l'os, et dont on rend l'existence manifeste en embrassant le tibia avec les quatre doigts de chaque main, tandis qu'avec les deux pouces on appuie successivement sur l'une et l'autre des pièces de la fracture. La crépitation est ordinairement peu sensible; souvent on ne peut la développer. En saisissant d'une main la partie inférieure de la jambe, et de l'autre le tarse, on observe, si le péroné est fracturé, que le pied peut, en totalité, être alternativement porté en dehors et en dedans. Le premier de ces mouvemens rend la malléole interne saillante, écarte du centre de la jointure la malléole externe, et dérobe en quelque sorte l'astragale à la ligne suivant laquelle le poids

du corps lui est transmis; l'autre restitue toutes les parties à leur état normal. Abandonné à lui-même, le pied est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, incliné en dehors; la malléole interne fait une saillie considérable; les tégumens qui la recouvrent sont étendus et tiraillés; l'axe de la jambe tombe au côté interne du tarse, au lieu de correspondre à sa partie moyenne; l'espace qui sépare les deux malléoles est agrandi: au côté externe de l'articulation, la peau est transversalement ridée; la malléole externe semble affaissée; au dessus d'elle, et à l'endroit de la fracture, on observe presque toujours un enfoncement brusque, dirigé d'avant en arrière, une sorte de *coup de hache*, suivant l'expression de Dupuytren, qui devient un signe pathognomonique de la solution de continuité de l'os. Il ne faut pas toutefois confondre, avec cet enfoncement, la dépression que présente le péroné immédiatement au dessus de la malléole et entre les tendons des muscles péroniers antérieurs et latéraux. Nous avons vu cet enfoncement augmenté, par le gonflement survenu à l'articulation après des entorses externes et devenir susceptible d'en imposer pour des fractures qui cependant n'existaient pas.

Chez quelques sujets, la puissance vulnérante a tourné le pied si fortement en dedans, qu'il y reste incliné malgré la fracture du péroné; mais alors l'extrémité supérieure du fragment inférieur soulève la peau, et menace de la déchirer; le doigt sent les inégalités de la fracture; après la réduction de la luxation, les phénomènes indiqués plus haut se manifestent, et la maladie ne saurait être méconnue. Ce qui achève surtout de la caractériser, c'est la facilité avec laquelle tous les symptômes se reproduisent après qu'en portant le pied dans sa direction normale, on les avait fait disparaître.

Le pronostic des fractures de la partie inférieure du péroné doit être d'autant plus grave qu'elles sont accompagnées de désordres plus considérables. Celles qui sont simples, promptement reconnues et méthodiquement traitées, n'entraînent presque jamais ni accidens ni difformités. Elles ne deviennent dangereuses que par l'effet ou de l'ignorance qui les méconnaît, ou de l'inhabileté qui ne sait pas leur opposer les moyens les plus efficaces.

Les indications qui naissent des lésions dont il s'agit sont aussi simples que faciles à remplir. Le tibia fournit en effet au péroné fracturé une sorte d'attelle, un point d'appui à l'aide duquel il devient facile d'opérer la réduction, et de maintenir les fragmens en contact jusqu'à leur entière consolidation. Le membre blessé doit être placé d'abord dans le relâchement par la flexion de la jambe sur la cuisse; puis, un aide retenant le genou, tandis que, d'une main, le chirurgien saisit le

pied, et de l'autre soutient l'articulation blessée, l'extension la plus légère, et un mouvement d'adduction imprimé au tarse, suffisent pour opérer la réduction. Au moyen de la situation indiquée, les résistances musculaires tombent comme par enchantement, et la coaptation n'éprouve aucun obstacle. Ainsi que nous l'avons déjà dit, il faut procéder à l'opération malgré la présence d'un gonflement inflammatoire considérable. Ce précepte est d'une importance d'autant plus grande dans les cas qui nous occupent, que, si l'on attendait que le gonflement fut dissipé, la fracture du péroné serait presque toujours, avant cette époque, devenue irréductible, à raison des modifications imprimées par la phlogose aux tissus qui entourent les fragmens.

Les appareils ordinairement employés pour maintenir cette fraction réduite sont insuffisans. La situation de la jambe fléchie, recommandée par Pott, ne s'oppose pas assez efficacement à la déviation du pied en dehors. Les compresses graduées, et les attelles placées dans l'espace interosseux, conseillées par Bromfield et Lecat, dans l'intention de refouler les chairs et les os du côté externe, ne peuvent, à la jambe, recevoir la même application qu'à l'avant-bras. L'appareil employé par Boyer, Richerand et Castella, et qui consiste à prolonger, au dessous du pied l'attelle externe ordinaire, et à refouler l'organe en dedans au moyen de compresses épaisses, placées au dessous de la malléole externe, en même temps que l'attelle interne ne dépasse point l'extrémité inférieure du tibia; cet appareil, quoique plus méthodique que les précédens, ne réussit cependant pas chez le plus grand nombre des sujets : parce que l'extension du pied, ou même une inclinaison légère de cet organe en dedans, s'opère au moyen de l'allongement des ligamens latéraux externes, et n'exerce presque pas d'influence sur le fragment malléolaire de la fracture. Aussi voit-on presque toujours alors le pied se dévier en dehors pendant le traitement, ou après la levée de l'appareil, lorsque les malades, voulant s'essayer à marcher, commencent à confier le poids du corps au membre fracturé.

Il importe donc d'agir avec plus de force sur le fragment inférieur de la fracture, et de relever assez son extrémité supérieure, pour qu'elle vienne s'adapter au bout inférieur du fragment opposé. Celui-ci n'est que très-peu enfoncé, quelquefois même il fait saillie sous la peau. L'appareil imaginé par Dupuytren est le seul qui remplisse parfaitement ces indications. Il consiste 1° en une attelle forte et épaisse, assez longue pour s'étendre depuis le genou jusqu'à trois ou quatre pouces au dessous de la plante du pied; 2° en un coussinet fait de toile, long de deux pieds et demi, large de quatre à cinq

pouces, et rempli aux deux tiers de balles d'avoine; 3° en deux bandes longues de quatre à cinq aunes. Le coussin, reployé sur lui-même en forme de coin, doit être appliqué au côté externe du membre, sa base placée en bas, et appuyée sur la malléole interne sans la dépasser; son sommet, en haut, sur le condyle interne du tibia. L'attelle, couchée sur le coussin, doit s'étendre de quatre pouces au-delà de la plante du pied. Quelques doloires, embrassant le membre, le coussin et l'attelle, fixent en haut l'appareil. Les tours de bande faits au dessous du genou, ne doivent pas être assez serrés pour nuire à la circulation; il est inutile qu'ils descendent plus bas que le mollet. On prend ensuite le pied, et l'inclinant fortement en dedans vers l'attelle, qui s'en écarte de plusieurs pouces, on le fixe aisément, dans une forte adduction, au moyen de la seconde bande, avec laquelle on enveloppe de jets circulaires, et l'attelle elle-même, et alternativement le coude-pied et le talon. Il faut que, par l'action de l'appareil, le pied soit autant porté en dedans que, par l'action des muscles péroniers, il avait été rejeté en dehors; ce principe, adopté par Dupuytren, lui sert constamment de règle. Son exécution ne rencontre jamais d'obstacle, et n'entraîne pas même de douleur. Si l'astragale était luxé en dehors, et le pied incliné du côté interne, il faudrait, après avoir remédié au déplacement articulaire, et ramené l'organe à sa rectitude normale, le fixer encore sur l'attelle interne, mais sans porter aussi loin son adduction que dans les cas ordinaires.

Pendant l'application du bandage, le membre doit être maintenu à demi-fléchi; c'est encore cette position qu'il doit affecter pendant toute la durée du traitement. On le couche sur son côté externe, que des oreillers, convenablement disposés, soutiennent. On conçoit combien il est facile ensuite d'appliquer, sur les parties molles contuses ou déchirées, les topiques appropriés, sans déranger en rien l'appareil, sans imprimer de mouvement aux parties : le pied, la jambe et l'attelle forment en quelque sorte un seul tout que l'on peut mouvoir, ou qui se prête aux transports les plus éloignés, sans que les pièces fracturées puissent changer de rapports. Le bandage doit rester appliqué pendant quarante jours au moins, temps nécessaire à la consolidation parfaite de la fracture. Quelquefois, après sa levée, le pied, qui a été pendant aussi long-temps entraîné dans l'adduction, ne revient pas aussitôt à sa rectitude normale, mais, après les premiers pas du sujet, les ligamens latéraux internes s'étendent, et ce léger inconvénient disparaît. De deux cent sept malades traités jusqu'en 1818 par cette méthode, deux cent deux ont guéri sans difformité; les cinq autres ont succombé, ou à des désordres trop étendus, ou

à des complications étrangères à la maladie locale, et supérieures aux ressources de l'art. Aucun autre moyen ne compte des succès aussi nombreux, aussi assurés.

Les *caries* et les *nécroses* du péroné n'exigent d'autres moyens de traitement que les maladies semblables dont peuvent être affectées les autres parties du squelette. Pour procéder à l'extraction des séquestres enfermés, soit dans le nouvel os, soit dans les couches extérieurs de l'ancien, il faudrait attaquer le péroné par sa face externe, en séparant autant que possible les fibres musculaires qui s'y implantent. Les maladies de ce genre ne sont pas aussi rares que semblerait l'indiquer le peu de volume du corps de l'os dont il s'agit.

PÉRONÉO-TARSIEN, adj., *peroneo-tarseus;* nom donné à deux ligamens de l'articulation tibio-tarsienne.

Le *ligament péronéo-tarsien extérieur*, quadrilatère, régulier, à fibres très-fortes et serrées, se fixe d'une part au devant de la malléole externe, près de son sommet; de l'autre au bord antérieur de la facette articulaire externe de l'astragale. Sa direction est oblique d'arrière en avant.

Le *ligament péronéo-tarsien postérieur*, assemblage de fibres nombreuses, partagé en faisceaux distincts, s'étend obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans, depuis l'enfoncement qui existe derrière la malléole externe jusqu'à la partie postérieure de l'astragale, vers le bord externe de la coulisse du tendon du muscle long fléchisseur propre du gros orteil.

PÉRONÉO-TIBIAL, adj., *peroneo-tibialis;* épithète imposée par les anatomistes aux trois articulations du péroné avec le tibia, qu'on distingue en supérieure, moyenne et inférieure.

La supérieure est une arthrodie produite par l'adossement de deux facettes planes, circulaires, et encroûtées de cartilages, qui appartiennent, l'une au péroné, l'autre au tibia. Elle est tapissée par une capsule synoviale, couverte par le tendon du muscle biceps, et fortifiée par deux ligamens, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le premier, oblique de dedans en dehors, aplati et assez large, s'étend depuis la partie antérieure de la tubérosité externe du tibia jusqu'au devant de la tête du péroné. Le second, beaucoup moins fort que le précédent, se comporte à peu près de la même manière.

L'articulation moyenne a lieu au moyen du ligament interosseux, membrane aponévrotique, mince, plus large en haut qu'en bas, et composée de fibres obliques qui se portent du bord externe du tibia à la crête de la face interne du péroné, et remplissent l'intervalle existant entre ces deux os. Ce ligament offre en haut et en dehors une ouverture pour le passage des vaisseaux tibiaux antérieurs, dans divers points de sa surface, principalement en dedans, un certain nombre de pertuis

pour des ramifications vasculaires; enfin, en bas, un autre trou que traverse une branche de l'artère pédieuse. Il est couvert en devant par les muscles jambier antérieur, long extenseur des orteils, extenseur propre du gros orteil et péronier antérieur; en arrière, par le jambier postérieur et le long fléchisseur propre du gros orteil Ces muscles y trouvent des points d'insertion pour leurs fibres charnues.

L'articulation inférieure se continue avec celle du pied, dont elle partage la membrane synoviale. Elle est due à la coaptation des surfaces convexes du péroné dans une facette concave du tibia. Quatre ligamens la fortifient. L'antérieur, triangulaire, s'étend depuis le devant de l'extrémité inférieure du péroné jusqu'au devant de la partie voisine du tibia. Le postérieur supérieur, semblable au précédent, mais un peu moins étendu, s'attache, d'une part, à l'extrémité tarsienne du péroné, de l'autre, à la partie voisine du tibia. Le postérieur inférieur s'implante derrière la malléole externe, et se porte transversalement à celle du tibia, en passant à la partie postérieure de sa facette articulaire. L'interosseux inférieur remplit les intervalles que les facettes osseuses de l'articulation laissent entre elles au dessus de leurs cartilages. C'est un tissu dense, à fibres très-courtes, entremêlé de quelques flocons graisseux.

PÉRONIER, adj., *peroneus*, qui a rapport au péroné.

L'*artère péronière* naît ordinairement du tronc tibio-péronier, à un ou deux pouces au dessous de l'origine de la tibiale antérieure. Dans ces cas plus rares, son origine est placée, soit au dessus, soit, ce qui arrive plus souvent, au dessous de ce point, et, dans cette dernière circonstance, elle offre un volume d'autant plus considérable qu'elle naît plus bas. Chez certains sujets, disposition qu'on rencontre même assez fréquemment, elle n'existe pas du tout, et se trouve remplacée par des branches qui émanent l'une après l'autre de la tibiale postérieure. Communément, elle est plus petite que les deux tibiales; mais lorsqu'une de ces dernières vient à manquer, elle est beaucoup plus grosse qu'à l'ordinaire. En général, son calibre offre de grandes variations, et l'on peut établir comme règle qu'elle augmente et diminue de grosseur en raison inverse de la tibiale antérieure.

Cette artère, située très-profondément à la partie postérieure de la jambe, descend sur le ligament interosseux, couverte par le muscle soléaire, au côté interne du long fléchisseur des orteils, donne de grosses branches à ces muscles ainsi qu'aux péroniers, et en fournit ordinairement, vers le bas de la jambe, une assez considérable qui porte le nom d'artère malléolaire interne postérieure, qui passe sous la tibiale postérieure, et

va gagner la malléole interne, à la surface de laquelle il lui arrive souvent de s'anastomoser avec la malléolaire interne antérieure, fournie par la tibiale antérieure. L'artère péronière se termine sur la face externe et la tubérosité du calcanéum, par des rameaux dont les uns pénètrent dans cet os, tandis que les autres, plus volumineux, s'anastomosent avec la tibiale postérieure, et forment ainsi l'arcade plantaire inférieure.

Vers le bas de la jambe, ordinairement, quoiqu'à une hauteur variable selon les sujets, cette artère donne une branche dont le calibre n'est pas non plus toujours le même, et qui va gagner la face antérieure du membre en passant entre les deux os. C'est l'artère péronière antérieure, qui marche à la face externe et antérieure de la jambe, près de la superficie, descend souvent jusqu'à la face externe du tarse, s'anastomose avec la malléolaire externe, concourt à la formation de l'arcade dorsale du tarse, s'unit aux rameaux de l'artère plantaire externe, et distribue les siens aux tendons du long extenseur commun des orteils, à la partie postérieure de celui du petit orteil, à la malléole externe, à l'astragale et au cuboïde.

Quelquefois l'artère péronière antérieure ne naît point du tronc péronier. Presque toujours alors elle est remplacée par une branche de la tibiale antérieure qui donne la malléole externe. Quelquefois aussi elle naît de la tibiale postérieure.

On a vu, dans des cas très-rares, le tronc péronier s'étendre bien plus loin qu'à l'ordinaire, à la plante du pied, et y fournir les plantaires interne et externe.

Les *muscles péroniers* sont au nombre de trois, qu'on distingue en *antérieur* et en *latéraux*.

Le *muscle péronier antérieur*, placé à la partie antérieure et inférieure de la jambe, est mince, allongé et comprimé. Son sommet s'attache au tiers inférieur de la partie antérieure du péroné, au ligament interosseux, et à une cloison aponévrotique qui le sépare du court péronier latéral. Son tendon passe sous le ligament annulaire du tarse, dans la même coulisse que ceux de l'extenseur commun, se détourne en dehors sur le dos du pied, croise la direction du muscle pédieux, et se convertit en une large aponévrose qui s'insère au côté externe de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse, ainsi qu'à la partie voisine de son corps. Ce muscle fléchit le pied sur la jambe, et en relève le bord externe.

Le *muscle court péronier latéral* est fixé par de courtes aponévroses à la moitié inférieure de la face externe du péroné, et à deux cloisons aponévrotiques qui le séparent, en devant, du péronier antérieur, en arrière, du long fléchisseur des orteils. Son tendon inférieur s'engage, derrière la malléole externe, dans une coulisse qui lui est commune avec celui du

long péronier latéral, passe ensuite sur la face externe du calcanéum, et va s'implanter au haut de l'extrémité postérieure du cinquième os du métatarse. Il étend le pied, dont il élève un peu le bord externe.

Le *muscle long péronier latéral*, placé, comme le précédent, à la partie externe de la jambe, s'attache à la partie supérieure de l'aponévrose tibiale, au tiers supérieur de la face externe du péroné, un peu au tibia, et à deux cloisons aponévrotiques placées entre lui et les muscles soléaire et long fléchisseur des orteils d'une part, et l'extenseur commun des orteils, de l'autre. Il descend un peu obliquement en arrière, et se termine par un tendon qui continue de cotoyer le péroné, s'engage derrière la malléole interne, dans la même coulisse que celui du précédent, passe ensuite dans une autre coulisse de la face externe du calcanéum, se contourne de là sur le côté de cet os, pénètre dans la coulisse profonde qu'il présente, se dirige en dedans et en avant, et va s'implanter en bas et en dehors de l'extrémité postérieure du premier os du métatarse. On trouve assez souvent un os sésamoïde dans son épaisseur, en dehors du cuboïde; il est plus rare d'en rencontrer un autre derrière la malléole externe ou le long du calcanéum. Ce muscle étend le pied sur la jambe; il en tourne la pointe en dehors, et en élève le bord externe.

Le *nerf péronier*, l'externe des branches par lesquelles se termine le nerf sciatique, ordinairement à la partie moyenne de la cuisse, assez souvent plus haut, et même quelquefois au dessus de la tubérosité ischiatique, est plus généralement connu sous le nom de POPLITÉ *externe*.

PÉROXIDE, s. m., *peroxydum;* nom donné, dans la nouvelle nomenclature chimique, aux combinaisons d'un corps simple avec l'oxigène, qui contiennent la plus grande proportion possible de ce dernier.

PERSIL, s. m., *apium;* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères : involucre nul, ou formé d'une à trois folioles et latéral; calice entier; cinq pétales arrondis, égaux, courbés au sommet; fruit ovoïde, composé de deux graines accolées l'une à l'autre, planes d'un côté, convexes de l'autre, et marquées de cinq petites nervures peu saillantes.

Ce genre ne renferme que deux espèces, le CÉLERI et le persil ordinaire.

Le *persil commun*, *apium petroselinum*, plante culinaire bisannuelle, tire son origine de la Sardaigne. Chacun sait qu'on l'emploie communément dans la préparation des alimens, et que l'élégante découpure de ses feuilles les fait souvent imiter par les sculpteurs et les brodeurs. Elles exhalent une odeur

aromatique douce. Leur saveur agréable communique un certain piquant aux mets. Elles agissent comme un léger excitant des organes digestifs.

La matière médicale s'est appropriée aussi le persil, quoiqu'il y joue un rôle bien moins important que dans l'art culinaire; la plupart des propriétés qu'on lui a attribuées sont admises sur la foi de l'empirisme, plutôt que d'après les données d'une observation attentive et réfléchie. Ses graines passaient pour carminatives et propres à faire périr les poux de tête. On vantait beaucoup autrefois ses feuilles, comme lactifuges, fondantes et résolutives. Sa racine passait pour diurétique, diaphorétique, et même lithontriptique. Ce qu'il y a de certain, au milieu de toutes ces assertions vagues, c'est que toutes les parties du persil jouissent de propriétés stimulantes très développées, surtout dans les graines, à cause de la grande quantité d'huile aromatique qu'elles contiennent. Les racines figuraient jadis parmi les cinq apéritives majeures, et les graines parmi les quatre semences chaudes mineures. La racine, qui perd presque toutes ses vertus excitantes par la dessication, contient beaucoup de fécule amylacée, qui la rend nutritive.

PERSPIRATION, s. f., *perspiratio;* expression introduite par les modernes dans le langage médical, et dont on se sert pour désigner une sorte de sécrétion, ou plutôt d'exhalation, qui n'est point opérée par des organes spéciaux, d'où l'on a conclu qu'elle avait lieu, probablement par une simple transsudation mécanique à travers les parois des vaisseaux. Pour éviter les répétitions inutiles, nous renvoyons la discussion de cette grande question physiologique à l'article SÉCRÉTION.

PERTE, s. f., expression familière dont on se sert pour désigner les écoulemens abondans, spontanés ou accidentels, de sang ou de mucosités, par les parties génitales de la femme, c'est-à-dire la ménorragie et la leucorrhée, qu'on appelle aussi, la première, *perte en rouge*, et la seconde, *perte en blanc.*

PERTURBATION, s. f., *perturbatio.* Le médecin ne suit pas toujours la même marche dans le traitement des maladies; tantôt il se contente d'écarter les causes qui les ont produites, celles qui pourraient les entretenir, les aggraver, et de diminuer par des palliatifs les symptômes les plus incommodes: c'est là ce qu'on appelle l'*expectation*, qui, comme on le voit, n'est pas tout à fait l'*inaction;* tantôt il cherche et emploie les moyens qu'il croit propres à diminuer ou à exciter l'action vasculaire, l'action nerveuse, l'action nutritive, selon qu'il voit dans la maladie une exaltation ou une diminution de l'action nerveuse, ou de l'action vasculaire, ou de l'action nutritive, ou enfin de ces trois actions ensemble ou successi-

vement : c'est là ce qu'on appelle la médecine agissante; tantôt enfin, après avoir eu recours à l'une ou à l'autre de ces deux méthodes ou à toutes deux, ou de prime abord quand le danger est pressant, redoutable, la nature du mal équivoque, et son siége mal connu, il choisit soudainement, sans but bien déterminé, et sans trop pouvoir se rendre compte des motifs de son choix, il choisit un ou plusieurs moyens, qu'il croit susceptibles de déterminer une action violente, rapide, un grand trouble dans l'organisme, dans l'espoir qu'au milieu du mouvement tumultueux qu'il va provoquer, le mal épuisera sa force; c'est, à proprement parler, concentrer le feu sur une partie du bâtiment, qu'on abandonne à son activité dévorante, dans l'espoir incertain de sauver le reste; mais le plus souvent on ne fait qu'augmenter l'étendue du mal, et il n'existe pas un seul fait qui prouve qu'un malade *sauvé* par la *méthode pertubatrice* n'aurait pas été *sauvé* sans elle.

Quels sont en effet les moyens dont on fait usage pour déterminer une *perturbation?* Ce sont le froid le plus vif, la chaleur la plus intense, la douleur, une soustraction énorme et subite de sang, et notamment de sang artériel, les vomitifs les plus forts, les purgatifs les plus actifs, les narcotiques, les stimulans les plus énergiques : on emploie ces moyens, tantôt les uns après les autres, mais séparés par de courts intervalles, tantôt plusieurs en même temps, et toujours de manière à provoquer une double secousse en sens contraire. Supposez qu'on agisse ainsi sur un sujet bien portant, il est évident qu'on met sa vie en danger, ou du moins qu'on est certain de le rendre malade; la méthode pertubatrice, si l'on peut lui donner le nom de méthode, n'est donc que l'art dangereux de faire naître une série de mouvemens morbides dont souvent on ne peut calculer les suites, afin de faire cesser une autre série de mouvemens morbides dont l'issue paraît devoir être funeste. Si les règles de cet art étaient parfaitement connues, la médecine serait peut-être plus puissante; si on pouvait espérer d'arriver à établir ces règles, il faudrait s'occuper incessamment d'en faire la recherche; mais, pour cela, il faudrait aussi que cette recherche ne fût pas dangereuse aux malades. Or, il est évident que la prétendue *méthode pertubatrice*, comme on l'a entendue jusqu'à ce jour, n'est que le hasard, le caprice, et parfois quelque espèce de prescience, érigés en règle dans le traitement des maladies.

Quelles sont donc les affections dans lesquelles on n'a pas craint de recommander la perturbation? Si le cœur est tout à coup le siége d'une palpitation tumultueuse et menaçante, qui aille jusqu'à compromettre la vie, ayez recours, dit-on, aux topiques glacés! du froid sur la région du cœur en proie à une douleur insupportable, n'est-ce pas le conseil de la folie? Ils

n'ont jamais éprouvé de palpitations, ceux qui ont recommandé un pareil moyen ; en vain disent-ils qu'il faut ensuite plonger les pieds dans l'eau chaude, et donner des boissons glacées ; il y a derrière la région précordiale une membrane séreuse, et sous cette membrane un viscère dont la membrane interne est la plus irritable de toutes celles de l'organisme, et sur lesquelles il faut redouter de répercuter, non comme on le disait autrefois la transpiration, mais le mouvement vasculaire.

Donnez, dit-on, l'opium par portions de gros ou même plus dans la rage ; plongez le malade dans l'eau froide à l'improviste ; purgez à outrance le maniaque ; excitez en lui des secousses morales répétées, et saignez-le copieusement ; provoquez la perturbation dans le tétanos, les convulsions ; la peur dans les fièvres intermittentes ; enfin, dit-on, si les propriétés vitales d'un organe essentiel sont profondément altérées ; s'il s'y développe une action intense, locale, horriblement douloureuse, et qui, par la concentration de la vie, menace tout l'organisme, il faut opposer à cette fluxion une médication précipitée, violente et susceptible de ramener une distribution plus égale de la vie ; agissez, pour obtenir ce résultat, *n'importe comment* (n'importe comment ! qui aurait jamais cru qu'une pareille expression sortirait de la bouche d'un homme qui se dévoue par état au soulagement de l'humanité !); agissez *n'importe comment*, multipliez les applications douces, stupéfiantes, dans le lieu même et loin du siége affecté, par les rubéfactions, les irritations ; frappez, s'il le faut, l'organisme entier, et cette médecine perturbatrice sauvera votre malade !

Vous croyez sans doute que j'emprunte cette déclamation à quelques-uns de ces empiriques qui font l'admiration de la populace sur les places publiques ? Non, elle est sortie de la plume d'un médecin, d'ailleurs fort estimable, mais qui ne comprend pas que si la révulsion, peut être, et est en effet souvent utile, ce n'est pas en frappant tout l'organisme, ni surtout en agissant *n'importe comment*, que l'on sauve les malades.

La perturbation n'est jamais indiquée ; y recourir, c'est quitter le rôle honorable de médecin pour descendre à celui d'empirique ; c'est imiter ce juge dont parle Rabelais, *lequel sententioyt les procès on sort des dez*. Cette vérité aurait dû être d'autant plus vivement sentie des partisans de la perturbation, qui ont d'ailleurs reconnu que tous les organes sont solidaires, qu'aucun d'eux ne saurait être affecté avec quelque gravité, sans que tous les autres n'en ressentent aussi plus ou moins le contrecoup, et qu'enfin cette solidarité réciproque des organes est l'instrument de la vie, le garant de la santé, le propagateur de la maladie.

La révulsion doit être employée après que les moyens directs ont été trouvés infructueux; quelquefois même on peut y avoir recours, au début de quelques affections, chez les sujets doués d'une grande mobilité dans l'action organique, et chez lesquels l'expérience, toujours hasardeuse, a prouvé que les congestions se déplaçaient aisément; mais pour que la révulsion soit utile, il faut toujours que le mouvement s'opère d'un organe important sur un organe qui l'est moins. Il ne faut donc jamais exposer la vie d'un malade à un nouveau danger, pour la lui sauver. Que ceux qui persistent à croire qu'il soit utile d'opposer maladie à maladie étudient du moins les principes posés par Hahnemann, dans sa doctrine de l'Homœopathie, et qu'ils unissent son heureuse inconséquence à quelques-unes de ses assertions trop hasardées. *Voyez* RÉVULSION.

PERVENCHE, s. f., *vinca;* genre de plantes de la pentandrie monogynie, L., et de la famille des apocynées, J., qui a pour caractères : calice persistant à deux divisions; corolle monopétale, hypocratériforme, à limbe large, ouvert et découpé en cinq segmens obliques, à tube plus long que le calice, à orifice muni d'un rebord saillant, tantôt arrondi et velu, tantôt lisse et à cinq côtés; cinq étamines à filets courts et squamiformes, à anthères droites et membraneuses; fruit composé de deux follicules cylindriques, pointues d'un côté, réunies de l'autre, s'ouvrant longitudinalement, et contenant des graines oblongues et dépourvues d'aigrettes.

On trouve dans nos bois et on cultive dans les jardins deux espèces de ce genre, la *grande pervenche*, *vinca major*, et la *petite pervenche*, *vinca minor*, plantes élégantes et remarquables, tant par le beau verd luisant de leurs feuilles, que par les jolies fleurs bleues ou blanches dont elles se parent dès le printemps. On n'emploie en médecine, encore même fort rarement, que la petite pervenche. Cette plante a une grande amertume et une astringence qui semblent se développer encore davantage par la dessiccation. De même que tous les astringens, on l'appliquait jadis au traitement des diverses hémorragies, notamment de la métrorragie et du flux hémorroïdal trop abondant. L'application de la physiologie à la pathologie en aurait beaucoup restreint l'emploi dans ce cas, quand bien même le temps ne l'aurait pas fait tomber presque entièrement en désuétude. Elle entre dans les vulnéraires suisses, aux prétendues propriétés desquels le vulgaire ajoute une foi si robuste, et pourtant si dénuée de fondement.

PERVERSION, s. f., *perversio*, mot fort à la mode il y a peu de temps, et qui reparaît encore de loin en loin dans les écrits des médecins. *Perversion des forces*, *des propriétés vi-*

tales, *du principe vital*, *de la vie*, *des mouvemens vitaux*, *de l'action organique*, *des humeurs*, etc., autant d'expressions qui signifient seulement qu'un ou plusieurs organes sont malades, sans qu'on puisse dire comment ni pourquoi. Il est sans doute des cas où il y a désaccord dans les actions organiques, ou même des phénomènes qui semblent tout à fait hors de l'état normal; mais pourquoi réunir sous le nom de *perversion*, et en faire un mode morbide spécial, et concentrer ainsi, sous une seule expression, une foule d'états inconnus, au lieu d'avouer franchement qu'on ne sait pas, au lieu de reconnaître que ces phénomènes de prétendue perversion ne sont que le résultat d'une exaltation, d'une diminution de l'action organique, d'un obstacle apporté à cette action, en un mot d'une lésion quelconque d'organe? Toute expression qui ne représente pas un fait doit être bannie du vocabulaire des sciences, autant que l'imperfection des langues le permet, afin qu'on ne finisse pas par voir des êtres là où il n'y a qu'un rapport normal ou insolite.

PESANTEUR, s. f. Les physiciens désignent sous ce nom la puissance qui sollicite les corps sublunaires à se porter vers le centre de notre planète, de manière qu'elle joue, à l'égard de ces corps, le même rôle que la gravité par rapport aux corps célestes, qu'elle obéit aux mêmes lois, qu'elle développe son action sur tout ce que nous appelons matière, enfin qu'elle n'est qu'un des cas particuliers d'une puissance universelle qui semble régir la nature tout entière, et qu'on nomme *attraction*. *Voyez* ce mot.

La pesanteur est appelée aussi *gravitation* ou *gravité*, parce qu'elle produit la tendance des corps à se rapprocher du centre de la terre. *Voyez* GRAVITATION.

Elle diffère du *poids*, en ce que ce dernier, produit de la masse du corps multipliée par l'action de la pesanteur, dépend de la pression que ce corps exerce sur l'obstacle qui s'oppose directement à sa chute.

C'est sur cette distinction importante que repose la théorie de ce qu'on nomme *pesanteur spécifique*. En effet, tous les corps n'exercent pas la même pression sous le même volume, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas le même poids à volume égal. Le poids de chacun sous un volume donné, est ce qu'on entend par pesanteur spécifique. Il est donc évident que, pour estimer cette dernière, il faut réduire tous les corps au même volume; ou bien, si l'on ne peut les réduire tous à l'unité de volume, diviser le poids qu'on trouvera pour un volume quelconque, par le nombre d'unités que le volume total renferme. Il est clair en outre que, pour pouvoir comparer ensemble les pesanteurs spécifiques des corps, il faut fixer une

unité de cette espèce de grandeur. Or, c'est la pesanteur de l'eau distillée qu'on est convenu de prendre pour cette unité; de manière que ce qu'on appelle, dans les livres, pesanteur spécifique d'un corps, est le rapport qui existe, à volume égal, entre le poids de ce corps et celui de l'eau. Cette méthode dispense de réduire exactement tous les corps au même volume, car il suffira que l'eau et le corps qu'on lui compare actuellement s'y trouvent réduits, attendu que c'est tout ce qu'il faut pour évaluer ensuite le rapport entre leurs poids.

PESSAIRE, s. m., *pessarium;* instrument de chirurgie destiné à remédier aux descentes de l'utérus, et à maintenir cet organe dans sa situation normale. Pendant long-temps, on s'est servi des pessaires pour introduire et fixer des substances médicamenteuses dans la cavité du vagin. Les anciens les distinguaient en émolliens, apéritifs et astringens. Ils les fabriquaient avec la laine, la charpie, le linge, l'éponge et d'autres matières analogues, qu'ils imbibaient ensuite de graisses, de liquides variés, ou sur lesquels ils étendaient des préparations amplastiques résolutives ou fondantes. Imitées par quelques chirurgiens des temps modernes, ces pratiques sont actuellement abandonnées, et les pessaires ne doivent plus être considérés que comme des instrumens mécaniques dont l'action est de soutenir l'utérus, et de fournir un point d'appui aux viscères abdominaux qui tendent à abaisser cet organe, à peu près de la même manière que les brayers contiennent les hernies, ou que les bougies écartent les parois de l'urètre.

Les pessaires ont été construits en or, en argent, en ivoire, en bois, en liége, et enfin en gomme élastique. Trop pesans, difficiles à supporter et à maintenir, les pessaires d'or et d'argent sont généralement abandonnés. Ceux d'étain, de plomb ou de cuivre, ont partagé le même sort. Malgré leur apparente solidité, ces instrumens étaient assez promptement attaqués et détruits aux endroits de leurs soudures, soit par les mucosités vaginales, soit par l'urine. On en a retiré, après un long séjour, dont la surface était criblée de trous dans lesquels s'engageaient et végétaient en quelque sorte, ou le col de la matrice, ou des portions de la membrane muqueuse du vagin. L'ivoire ne résiste pas mieux que les métaux à l'humidité du lieu où l'on place les pessaires, et peut-être à une action absorbante et rongeante, exercée sur eux par les tissus avec lesquels ils sont en contact, et qu'ils irritent constamment avec plus ou moins de force. Camper cite l'histoire d'un pessaire de ce genre qui était déformé et ramolli; d'autres, sans avoir sensiblement perdu de leur solidité, ont été, après un long séjour, en partie détruits, et présentaient des érosions profondes à plusieurs endroits de leur surface. Il est facile de sentir que

le bois résisterait moins long-temps encore à ces causes d'altération. Les pessaires de liége étaient plongés dans de la cire en fusion, destinée à fermer les pores de cette substance, à la préserver de l'action de l'humidité, et à rendre sa surface lisse et polie. Mais cet enduit était bientôt altéré; il disparaissait, et dès-lors la mucosité pénétrait dans le liége, s'y corrompait, et exhalait une insupportable puanteur. On préfère à toutes ces substances la gomme élastique, au moyen de laquelle on donne aux pessaires, d'une part, toutes les dimensions et toutes les formes désirables; de l'autre, le poli, la résistance et la solidité qui doivent les distinguer. La fabrication de ces instrumens est fort simple : elle consiste à donner à un tissu de laine la forme que doit avoir l'instrument, et à étendre ensuite à sa surface une ou plusieurs couches de caoutchouc dissous dans une liqueur appropriée.

La forme des pessaires n'a pas moins varié que les substances à l'aide desquelles on les a construits. Chacun connaît les pessaires dits *en bilboquet :* ils sont formés d'un anneau d'un pouce et demi à deux pouces de diamètre, uni, soit par deux ou trois montans, soit par un godet percé de plusieurs trous à une tige longue de deux pouces environ. Le col de la matrice doit être appliqué sur l'ouverture de l'anneau, et relevé par lui, tandis que l'extrémité libre de la tige reçoit un ruban, dont les bouts vont se fixer à une ceinture qui entoure le bassin de la malade. Les instrumens de ce genre se dérangent aisément; le col de l'utérus abandonne assez souvent la cuvette de l'anneau, et on l'a trouvé quelquefois douloureusement pincé entre cette partie du pessaire et le rectum. Presque toujours flottante dans le vagin, la tige va irriter les divers points du contour de ce conduit ou de la vulve; l'urine imbibe le ruban qui la retient, et augmente encore les incommodités éprouvées par la malade. Plusieurs praticiens se sont efforcés de remédier à cet inconvénient en prolongeant la tige des pessaires, et en la recourbant de manière à ce qu'elle vienne s'appliquer au mont de Vénus, et y soit immédiatement maintenue par une ceinture. Mais cette correction ne diminue presque en rien les désavantages de l'instrument; la tige, passant entre les cuisses, irrite la partie supérieure de ces parties, ou, si elle est trop relevée, froisse douloureusement les lèvres de la vulve et le clitoris. L'urine, la sueur et les mucosités, qui la recouvrent incessamment, rendent presque toujours sa présence insupportable. Enfin, elle n'empêche pas le pessaire d'être à peu près aussi mobile, aussi vacillant, et aussi difficile à maintenir que si elle n'existait pas. Quelques personnes, toutefois, ont réussi, avec des instrumens ainsi modifiés, à soutenir la matrice chez des sujets où d'autres pessaires avaient échoué;

il ne convient donc pas de les rejeter entièrement, mais de bien déterminer les circonstances où ils peuvent être utiles.

Aux pessaires à tige, les praticiens les plus habiles préfèrent maintenant, dans presque tous les cas, ceux qui, libres dans tout leur contour, peuvent être en quelque sorte abandonnés dans le vagin, et s'y maintenir sans le secours d'aucun bandage extérieur. Les plus remarquables de ces pessaires sont ceux que l'on nomme ronds, ovales, en 8 de chiffre et en bondon. Les trois premiers sont aplatis sur deux de leurs faces, épais d'un à deux pouces environ, et percés à leur centre d'une ouverture destinée à donner issue aux mucosités du vagin et de la matrice, ainsi qu'au sang des règles. Les pessaires ronds sont gradués, dans leur largeur, par quarts de pouce, depuis deux pouces jusqu'à quatre. Ceux qui sont ovalaires dépassent fréquemment cette dernière dimension. Les pessaires en 8 de chiffre ne diffèrent de ceux-ci qu'en ce que leurs deux bords les plus longs sont échancrés, et rendent l'instrument moins large à sa partie moyenne qu'à ses extrémités. Il est des pessaires ronds ou ovales dont la surface, destinée à être en rapport avec le col de la matrice, est creusée d'un enfoncement médiocre, et que, par cette raison, l'on nomme *pessaires à cuvette*. Ils ne présentent en général aucun avantage sur les autres.

Les pessaires en bondon forment une sorte de tube cylindroïde, long de deux à trois pouces, d'un à deux ou trois pouces de diamètre, et percé à son entrée d'un large canal destiné à l'écoulement du liquide menstruel. Ces instrumens doivent occuper toute la cavité du vagin, soutenir ses parois en même temps que la matrice, et s'opposer à leur affaissement. Mais ces indications n'ont besoin d'être remplies que dans certains cas spéciaux, hors lesquels il faut préférer aux pessaires à bondons ceux qui sont arrondis.

Les chirurgiens anglais font usage de pessaires que l'on pourrait appeller sphéroïdes, parce qu'ils consistent en une boule dont tous les diamètres sont égaux. Introduits en France depuis quelque temps, ces instrumens y ont assez mal réussi; ils distendent les parois vaginales dans tous les sens, occasionent souvent de la gêne, ne présentent au col de la matrice aucune surface plane ou concave sur laquelle il puisse reposer; chez beaucoup de femmes, ils sortent trop aisément, et chez d'autres, leur extraction ne peut avoir lieu sans de grandes difficultés. Enfin, leur centre n'étant percé d'aucune ouverture, ils s'opposent à la sortie des écoulemens muqueux ou sanguins de la matrice et des parois vaginales, et peuvent devenir la cause de plusieurs accidens graves. Malgré ces inconvéniens, les pessaires sphéroïdes réussissent dans certains

cas; mais il faut alors se servir de ceux que Verdier, successeur de Féburier, a modifiés en y pratiquant une ouverture centrale, qui permet au liquide de s'écouler, et au doigt de s'introduire pour saisir et extraire l'instrument, lorsqu'il faut ou le nettoyer ou le renouveler.

On a long-temps admis, et beaucoup de personnes écrivent encore, que les pessaires sont maintenus en place dans le vagin par l'appui qu'ils prennent de l'un et l'autre côté sur les parties internes des tubérosités ischiatiques. Cette opinion n'est qu'une grossière erreur, que l'observation la plus simple suffit pour détruire. La plupart des pessaires ne sont évidemment pas assez larges pour occuper toute l'étendue du diamètre transversal du détroit inférieur du bassin. Les vagins les plus laches, les plus dilatables, ne se prêteraient pas sans difficultés et sans de vives douleurs à une distension aussi considérable, et il serait manifestement impossible de l'obtenir chez le plus grand nombre des femmes, qui n'ont besoin que de pessaires de deux pouces à deux pouces et demi de diamètre. Qui ne voit d'ailleurs que la surface de l'instrument, qui est ronde, lisse, polie, et rendue plus glissante encore par les mucosités du vagin, ne saurait en aucune manière demeurer solidement fixée, à travers des parties molles, mobiles et contractiles, sur des portions osseuses également unies et glissantes? Enfin, la preuve que les tubérosités ischiatiques ne servent en aucune manière à maintenir les pessaires en place, est que ces instrumens sortent du vagin, et ne peuvent y demeurer sans le secours d'un bandage extérieur, toutes les fois que le périnée est déchiré, ou que l'orifice vulvaire du conduit qui les reçoit a perdu sa contractilité.

L'action du sphincter du vagin, celle des fibres de ce conduit, l'élasticité de toutes les parties molles du voisinage, sont donc les véritables agens qui maintiennent les pessaires dans leur situation. On conçoit que si les fibres charnues ont été fatiguées et distendues, si le tissu cellulaire graisseux environnant est lache, flasque et sans ressort, il faudra, pour soutenir la matrice et pour la maintenir en place, des instrumens plus volumineux que dans les circonstances opposées. Mais chez les sujets aussi défavorablement disposés, de même que chez les autres, le pessaire ne doit être considéré que comme un corps étranger solide et stimulant, qui, placé au milieu des parties molles, sert de point d'appui à leur action, est plus solidement maintenu par elles que ne peut l'être la matrice, et qui, par cette raison, peut à son tour soutenir ce viscère, ainsi que le poids des organes du bas-ventre, qui tendent à l'abaisser.

On a pensé que les pessaires ovales ou en 8 de chiffre doi-

vent obtenir la préférence sur les pessaires arrondis, parce que, s'appuyant transversalement sur les tubérosités ischiatiques, et s'y maintenant, ils n'agissent pas en même temps sur le rectum et sur la vessie, de manière à gêner l'excrétion des matières fécales et de l'urine. Cette opinion, plutôt fondée sur le raisonnement que sur l'observation, n'est pas entièrement juste. Les pessaires aplatis, en effet, ne prennent jamais, dans le bassin, une situation parfaitement horizontale. Ils s'adaptent, au contraire, à la courbure normale du vagin, qui est concave en avant et convexe en arrière. Dès lors, leur extrémité postérieure s'élève, l'antérieure s'abaisse; le plan qu'ils forment devient parallèle au trajet d'une ligne qui s'étendrait de la seconde ou de la troisième pièce du sacrum vers le milieu de la vulve, ou au sommet de l'arcade pubienne. Les divers états de force ou de relâchement du vagin, de réplétion ou de vacuité du rectum et de la vessie, font varier un peu cette situation, dont l'obliquité est cependant constante. Il y a plus, les pessaires ne sont pas invariablement fixés, dans leur situation, au milieu du vagin : ils obéissent, au contraire, jusqu'à un certain point aux changemens qu'éprouvent le rectum et la vessie, à ceux qui résultent des attitudes prises par la femme, ou des efforts auxquels elle se livre; et cette mobilité, lorsqu'elle n'est pas portée trop loin, rend à la fois leur présence moins gênante, et leur action plus efficace. Il est facile de sentir, d'après ces considérations, que les pessaires ronds, si l'on a l'attention de les bien choisir, n'exercent presque jamais de compression défavorable sur les deux réservoirs placés en avant et en arrière du vagin. Quant aux pessaires ovales, ils ne conservent pas la situation transversale qu'on leur donne en les plaçant. Presque toujours, surtout quand leurs dimensions sont considérables, une de leurs extrémités glisse en avant, et l'autre en arrière, de telle sorte que leur grand diamètre devient parallèle à l'un des diamètres obliques du détroit inférieur du bassin, en même temps que leur partie postérieure s'élève, et que l'antérieure s'abaisse. Ils cessent, par cette mutation, de présenter les avantages qu'on leur attribue, et rentrent dans la catégorie des pessaires ordinaires. Chez presque tous les sujets, ces pessaires ovales sont plus sujets que les ronds à s'échapper par une de leurs extrémités. Il est cependant des cas, des dispositions spéciales qui exigent leur emploi, et des sujets où ils sont moins gênans, plus solidement maintenus, et plus efficaces que les autres; mais ces cas sortent de la ligne ordinaire, et ne forment qu'un assez petit nombre d'exceptions.

L'opération qui consiste à placer les pessaires ne présente pas de grandes difficultés; elle mérite toutefois de fixer l'at-

tention des praticiens. Avant d'y procéder, il faut, à l'aide du doigt, s'être assuré, et du degré de la descente de l'utérus, et de la capacité du vagin. La vessie doit avoir été vidée récemment, et un clystère a dû entraîner les matières que pouvait contenir le rectum. Après ces préparatifs, on fait coucher la femme sur le dos, la tête, la poitrine, les jambes et les cuisses fléchies sur le bas-ventre, et les fesses légèrement élevées; puis le chirurgien saisit de la main droite et présente à la vulve le pessaire, préalablement trempé dans l'huile. Une des extrémités de cet intrument doit entrer la première, et il convient d'éviter la saillie quo forme le pubis, en appuyant sur la commissure postérieure des grandes lèvres. Le pessaire, ayant pénétré dans le vagin, on lui donne la situation qu'il doit conserver, c'est-à-dire que le plan formé par sa face supérieure est mis en rapport avec le col de l'utérus. Ensuite, soutenant l'instrument avec un ou deux doigts, le praticien fait lever doucement la femme, et s'assure que le pessaire contient bien la matrice, dont le col s'applique alors avec exactitude à l'ouverture qu'il présente. Ayant ainsi acquis la certitude que l'instrument a les dimensions convenables, on prescrit à la malade de se recoucher, et de garder pendant quelques jours le repos, soit dans un lit, soit sur une chaise longue. Cette inaction est nécessaire pour donner aux parties le temps de s'habituer à la présence du corps étranger, et de l'embrasser avec plus d'exactitude. On prévient ainsi les douleurs et l'irritation trop vive qui pourraient survenir.

La présence du pessaire dans le vagin est d'abord fort incommode; mais les malades s'y habituent graduellement, et bientôt elles peuvent reprendre leurs occupations ordinaires. Souvent même les pessaires aplatis, ronds ou ovales, demeurent inaperçus dans le vagin, et ne nuisent pas à l'action du coït; il est des femmes dont les maris n'ont jamais soupçonné la présence de l'instrument, qui était relevé vers le col; plusieurs d'entre elles malgré sa présence, sont devenues enceintes. L'hystéroptose, et surtout l'antéversion ou la rétroversion de la matrice, étant fréquemment des causes de stérilité, on a vu les pessaires, en ramenant le col utérin dans sa situation normale, rendre la femme apte à être fécondée, et leur application être bientôt suivie de la grossesse.

Pour que les instrumens de ce genre remplissent toutes les indications qui naissent de la maladie, il faut que, sans occasioner de douleurs ou de gêne dans l'excrétion des matières fécales et de l'urine, ils maintiennent la matrice relevée et fassent disparaître tous les accidens qui résultaient de sa descente ou de sa chute. Chaque douze jours, environ, on doit le retirer, le laver, faire dans le vagin quelque injection lé-

gèrement tonique, et le réappliquer aussitôt. Cette petite opération peut être facilement exécutée par la malade elle-même, et l'on ne saurait trop insister sur l'importance de la réitérer souvent. Des accidens graves, des fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales sont résultés de l'inflammation ulcéreuse déterminée par des pessaires oubliés dans le vagin. D'autres fois des écoulemens putrides et presque colliquatifs ont eu lieu par la même cause. Enfin, dans les cas les plus simples, un catarrhe vaginal plus ou moins intense est déterminé par le corps étranger, et rend indispensable les soins d'une propreté exquise, ainsi qu'une surveillance destinée à prévenir l'érosion du vagin.

Le col de la matrice a une singulière tendance à s'engager dans l'ouverture centrale des pessaires, et à y végéter. Souvent, quelques minutes ou quelques heures suffisent pour qu'il s'y fixe d'une manière assez solide, en se moulant en quelque sorte sur la face supérieure de l'instrument. Cette circonstance rend l'action des pessaires plus assurée et plus efficace; ils ont dès-lors moins de tendance à se déranger et à se renverser derrière l'organe qu'ils sont destinés à contenir. Mais lorsque leur ouverture centrale est trop grande, le museau de tanche la traverse complétement, puis végète à l'extérieur et forme au-delà du cercle de l'instrument une tumeur plus ou moins volumineuse, étranglée à son pédicule par le corps étranger, et qui est le siége de vives douleurs. Dans plusieurs cas de ce genre, il a fallu briser le pessaire ou le scier, afin de l'extraire et de rendre à la matrice sa liberté. On évitera de pareils accidens en choisissant convenablement le pessaire et en examinant avec attention l'effet qu'il produit sur les parties.

Lorsque les pessaires déterminent, peu de temps après leur introduction, du ténesme, des épreintes, de la douleur, des difficultés à uriner ou à expulser les matières stercorales, ces accidens sont moins le résultat de la pression exercée par l'instrument sur la vessie et le rectum, que de la distension trop considérable du vagin, de l'irritation de ce conduit et de celle qui se propage aux parties voisines. Si ces accidens sont médiocres et dépendent de l'excessive sensibilité du sujet, des bains généraux ou des bains de siége, un repos prolongé, et quelques boissons émollientes, suffisent pour les faire disparaître. Dans le cas contraire, il faut sans délai extraire le pessaire. Pour cela, la femme étant située comme il a été dit plus haut, le chirurgien introduit le doigt dans le vagin, jusque dans le trou de l'instrument, puis, abaissant un des bords de celui-ci, il le retire du vagin. Quelquefois le gonflement de la membrane muqueuse, la sensibilité développée par l'irritation, la force avec laquelle le pessaire est maintenu rendent cette

opération longue et difficile. Dans certains cas, il faut, avant d'y recourir, dégorger, par une abondante saignée locale, les parties enflammées et tuméfiées outre-mesure. Il n'est pas très-rare de voir des accidens de ce genre obliger de suspendre de temps à autre l'usage des pessaires, lorsque les parties sont très-irritables et supportent difficilement sa présence.

Dans les cas ordinaires, ainsi que nous l'avons déjà dit, les pessaires aplatis et ronds sont ceux qui conviennent le mieux. Chez quelques femmes, toutefois, le vagin est si lâche et si ample a sa partie supérieure, qu'il forme une excavation dans laquelle ces instrumens ne demeurent que difficilement en place. La matrice glisse alors incessamment au devant d'eux, se renverse, et continue de descendre. Alors les pessaires sphéroïdes peuvent être utiles, et souvent ils réussissent, en se logeant derrière le col utérin, et en occupant le fond de la cavité vaginale, de manière à ce que la matrice elle-même ne puisse plus se précipiter au dehors. Verdier a, dans ces cas, obtenu, avec les pessaires dits anglais, des succès que nul autre moyen n'avait procurés.

Chez les femmes dont l'orifice du vagin, ainsi que le périnée, sont déchirés, les pessaires ordinaires ne sauraient être gardés dans le vagin, et il faut absolument faire usage de ceux que soutiennent des appareils extérieurs. Les pessaires en bilboquet sont alors utiles. Nous en avons vu un, en argent, construit par Féburier, d'après les idées de Récamier, et que l'on pourrait nommer *pessaire en bilboquet à pompe*. En effet, sa tige, composée de deux parties, contient un ressort qui fait remonter l'anneau lorsque quelque cause a forcé la matrice de s'abaisser malgré l'action habituelle de l'instrument. L'extrémité libre de la tige repose sur une sorte de grillage formé de chaînettes d'argent, et assez semblable à celui que l'on dit exister à certaines ceintures. Cet instrument doit avoir une grande fixité; sous ce rapport, il remplit sans doute les indications qui naissent de l'état des parties; mais nous doutons que sa présence soit supportable, à raison du volume de la grille et de l'action douloureuse qu'elle doit exercer sur les parties.

Lorsque les parois du vagin sont elles-mêmes relâchées, ou quand il existe des hernies vulvaires ou vaginales, les pessaires en bondon sont spécialement utiles. Il importe de ne les choisir ni trop gros ni trop minces, afin que, sans irriter trop les parties, ils puissent demeurer solidement dans la cavité du vagin. Leur présence est d'ailleurs souvent insupportable.

Lorsque la fourchette est déchirée, en même temps que les parois du vagin ont perdu leur élasticité, il faut placer à la base du bandage deux lanières qui s'attachent à une ceinture

dont le bassin est entouré. Un instrument de ce genre est toujours désagréable ; mais, dans quelques occasions, il peut seul remédier aux complications de la maladie. Enfin, les pessaires qui nous occupent pourraient être utiles dans les hémorragies utérines, pour donner de la solidité aux parois du vagin, et servir de points d'appui aux tamponnemens dont on remplit la cavité de ce canal, qui serait ainsi protégée et mise à l'abri de la distension produite par les linges que l'on y entasse. *Voyez* TAMPON.

Telles sont les règles les plus générales relatives à l'emploi des pessaires. Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler que jamais il ne convient de faire usage de ces instrumens lorsque le col de la matrice ou les parois du vagin sont irrités. Leur présence alors serait plus nuisible qu'utile, et la stimulation qu'ils produisent entraînerait bientôt un accroissement rapide des accidens. On dit généralement que pendant la grossesse il faut ôter les pessaires ; la nature elle-même exécute ce précepte, lorsque, vers la fin du troisième mois, la matrice, montant dans l'abdomen, son col abandonne l'instrument qui le soutenait. Le pessaire devient dès-lors flottant dans la cavité du vagin ; souvent il sort de lui-même, et, dans les autres cas, son extraction ne présente aucune difficulté. Quelquefois la présence du pessaire suffit pour rendre aux parties qui entourent et soutiennent la matrice le ton qu'elles avaient perdu, et pour guérir l'hystéroptose. On est averti de ce résultat heureux par la facilité avec laquelle se soutient la matrice après la sortie de l'instrument, et il faut habituer insensiblement les parties à se passer de sa présence, en même temps qu'on les fortifie par un bon régime, par des injections toniques, et par d'autres moyens analogues. Le plus ordinairement, toutefois, la nécessité du pessaire se fait sentir pendant toute la vie, et quelques femmes sont même obligées d'en porter de plus en plus gros, à raison du relâchement progressif des parois du vagin. Il n'est guère possible de prévenir ou d'éloigner cette nécessité, qu'en associant au pessaire l'usage habituel des moyens les plus propres à augmenter, ou du moins à conserver le ton des parties.

PESTE, s. f., *pestis ;* maladie éminemment meurtrière, contagieuse, qui attaque toujours une grande partie de la population, permanente ou passagère, et caractérisée, dans la plupart de ses apparitions et chez le plus grand nombre des sujets, par des bubons, des charbons, des pustules, des pétéchies, avec ou sans accélération de la circulation.

On apprend que dans un faubourg, à bord d'un vaisseau, dans un hôpital, ou enfin dans tout autre endroit, il est mort un malade en peu de jours, lequel avait un bubon, un char-

bon, ensemble, ou l'un ou l'autre; bientôt d'autres personnes sont affectées de la même manière, et périssent rapidement, le plus souvent avec ces mêmes symptômes caractéristiques et indélébiles. On apprend que ces divers sujets ont communiqué immédiatement ou médiatement avec des objets provenant d'un bâtiment ou d'un pays où régnait la peste; le nombre des malades s'accroît, celui des morts augmente dans une progression plus rapide : c'est alors que l'on n'hésite plus à reconnaître que la peste existe, et si l'on n'a pas encore ordonné des mesures pour concentrer l'action du fléau, l'empêcher de recevoir un nouvel aliment, et de se répandre, on ne tarde plus à le faire.

Parmi les pestiférés, les uns périssent subitement, sans autres symptômes que ceux qui annoncent la sidération de l'action organique; les autres éprouvent du vertige, de la céphalalgie, une sorte d'ivresse, une faiblesse remarquable, et ils succombent en peu de jours, soit qu'il survienne des bubons, des charbons, des pétéchies, soit qu'il n'en survienne pas; ou bien les symptômes suivans se développent : frisson vif et court, chaleur interne très-prononcée, altération profonde des traits, agitation, anxiété, rougeur des yeux, pâleur de la face ou teinte érysipélateuse, regard fixe, parfois féroce, trouble de la vue, tintement d'oreilles, surdité, douleur ordinairement gravative, qui s'étend de la partie antérieure de la tête à l'occiput, et souvent le long de la colonne vertébrale; terreur, délire, insomnie ou affaissement comateux; langue sèche, jaune, rarement noire, fétidité de l'haleine, soif parfois très-vive, douleur à l'épigastre, nausées, vomissement, diarrhée de matières bilieuses, urine tantôt naturelle, tantôt crue, terne ou trouble, huileuse, enflammée, sanguinolente, tantôt infecte, et le plus souvent exhalant une odeur douceâtre; hoquets, gêne de la respiration, syncopes, pouls souvent fort, presque naturel, parfois faible, fréquent, inégal, intermittent.

Jusque-là rien n'annonce une maladie différente de tant d'autres maladies aiguës très-graves, et qui font courir de non moins grands risques aux malades. Mais dès le premier, le deuxième ou le troisième jour, ou vers la fin de la première semaine, des douleurs d'abord sourdes, gravatives, puis pongitives, aux oreilles, au cou, aux aines, aux aisselles, dans les membres, précèdent et annoncent l'apparition des bubons, des parotides, des charbons, des pustules, des pétéchies et des hémorragies.

Le mal peut durer trois, quatre, cinq, six et sept jours, sans cesser de menacer les jours du sujet, ou se terminer d'une manière funeste dans l'un de ces jours; mais quand le

malade atteint le huitième ou neuvième jour, il y a tout lieu d'espérer qu'il échappera à la mort.

Il est évident que le nombre considérable des malades, et celui des morts ne suffisait point pour caractériser la peste, non plus que tous les autres symptômes qui lui sont communs avec toutes les maladies aiguës auxquelles on a donné le nom de fièvres graves, malignes, ataxiques, nerveuses, typhodes, à l'exception des bubons, des charbons, des pustules, qui existent, sinon chez tous, au moins chez le plus grand nombre des malades, quelquefois dès le début, plus souvent dans le cours, plus souvent encore à la fin de la maladie, et parfois après la mort seulement.

Diemerbroeck nous a servi principalement de guide dans cette description aussi générale que possible de la peste; une bonne description de cette maladie est encore à faire; tous les médecins qui ont observé la peste se sont bornés à décrire l'épidémie dont ils ont été les témoins; rarement chaque épidémie a été décrite par plusieurs bons observateurs; de telle sorte que rien n'est encore plus imparfait que l'histoire générale de ce fléau, quoique d'ailleurs elle ait été soumise à l'observation d'hommes du plus grand mérite. On ne peut blâmer leur réserve, car ils ont craint, avec raison, de tracer un portrait chimérique en le faisant trop général.

Dans la peste de Nimègue, au dix-septième siècle, les bubons, puis les charbons et les exanthèmes, étaient considérés comme les signes les plus certains du caractère de la peste; il en fut de même dans presque toutes les épidémies de ce genre, parce qu'en effet ce sont les seuls phénomènes dont la fréquence caractérise cette maladie; avant leur apparition, il y aurait de la témérité à affirmer que la peste est la maladie qu'on observe, et l'on courrait le risque d'effrayer inutilement et de faire prendre des mesures toujours déplorables, sans motifs suffisans. On ne peut se permettre que de simples précautions. Une ou plusieurs pustules de la grosseur du millet annonçaient la formation des charbons; peu à peu la partie sur laquelle elle se développait devenait noire et cendrée; plusieurs se réunissaient en une seule, remplie d'ichor noirâtre, entourée d'une auréole inflammatoire très-vive. Ces charbons, dont plusieurs étaient fort grands, s'étendirent parfois au loin, portant la gangrène dans les parties qui les avoisinaient. Du reste, aucune partie du corps n'était plus souvent que les autres le siége de ces charbons. On voyait aussi se manifester, sur une partie ou sur la totalité de la périphérie, des taches pourprées, noires, violettes ou rouges, rondes, plus ou moins larges, plus ou moins nombreuses.

On doit à Chirac le tableau de la peste qui ravagea Roche-

fort au dix-septième siècle. Les malades tombaient d'abord dans un grand frisson ou dans un froid glacial, avec un grand mal de tête ou une pesanteur accablante; petitesse du pouls, abattement des forces inexprimable, agitation continuelle des membres; leur visage devenait have, plombé, cadavéreux; leurs yeux étaient ternes ou étincelans; ils étaient tourmentés de nausées et de vomissemens continuels; ils tombaient fréquemment en syncope, et plusieurs moururent sans avoir repris la chaleur naturelle, froids comme du marbre, dans l'assoupissement, et comme dans une ivresse, couverts de sueur froide. Parmi ceux qui revenaient du froid à la chaleur naturelle, il y en eut dont la fièvre fut très-modérée, le pouls toujours enfoncé et petit, avec des taches pourprées ou livides, dont toute la peau était couverte, avec un flux de ventre colliquatif, sans beaucoup de changement dans les urines que par rapport à leur quantité, qui était beaucoup moindre que dans l'état naturel. Le plus grand nombre se releva du froid, et la fièvre se ralluma communément très-modérée, rarement fut-elle violente; le pouls fut toujours inégal, petit et mou. Tous ceux qui périrent, moururent avec le ventre tendu et l'hypocondre droit douloureux. Presque tous furent travaillés par des flux de ventre de matières séreuses, verdâtres, noirâtres, poissées, sanguinolentes, les hémorragies nasales furent très-fréquentes; les urines rouges ou foncées en couleur, avec un sédiment briqueté. Presque tous eurent des parotides et des bubons axillaires; les bubons inguinaux furent rares; plusieurs eurent des charbons à la tête et aux mains.

De toutes les pestes dont nous possédons la relation, il n'en est pas qui ait été décrite aussi amplement que celle de Marseille au dix-huitième siècle, par Bertrand. L'invasion était annoncée par l'anorexie, des nausées, le vertige, des douleurs spontanées, dans les membres inférieurs surtout; presque toujours, la maladie débutait par un léger frisson, des douleurs à l'épigastre, des vomissemens; puis survenaient une chaleur âcre et brûlante, des syncopes, de la dyspnée, la stupeur, le délire, les convulsions; les yeux étaient étincelans, le regard analogue à celui des hydrophobes, même dans les syncopes; la langue était ordinairement blanche et chargée, la soif excessive, quoique la circulation fut peu accélérée; diarrhée sans fétidité remarquable des matières fécales, urine presque toujours naturelle, avec une pellicule huileuse, parfois rouge, et même couleur de sang.

Une odeur douceâtre s'exhalait du corps des malades peu de jours après le début; cette odeur était plus marquée dans la sueur; elle était très-désagréable, sans être ni très-forte ni infecte; tous les objets qui avoisinaient le malade, et tout ce qui était dans sa chambre, contractaient cette odeur, et ne la per-

daient qu'après le lavage à l'eau bouillante, et l'exposition prolongée à l'air. Ceci doit être remarqué, car, grâce à nos peintres et à nos poètes, on se représente la peste avec un horrible cortége de puanteur et de putréfaction qui effraie l'imagination, et cette idée, comme tous les préjugés, est fort dangereuse. Lorsque le nombre des morts est tel que le lien social se trouve relâché par la terreur publique, l'autorité ne commande plus ou n'est plus obéie, et c'est alors seulement que l'abandon et l'entassement des cadavres détermine cette putréfaction, cette puanteur, que l'on rattache constamment à l'idée de peste comme caractères spécifiques.

Les bubons se formaient aux aines, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, aux aisselles, au cou; ils ne paraissaient pas, ou ne paraissaient qu'incomplétement, quand les symptômes étaient violens dès les premiers jours. Quand ils se formaient au cou de chaque côté, ils provoquaient la suffocation. En général, ils ne commençaient à suppurer que lorsque le mal était sur son déclin. Les charbons et les pustules se montraient indistinctement sur toutes les parties du corps, à toutes les époques de la maladie, au dessous et même sur les bubons. Les pustules formaient de petites tumeurs semblables aux furoncles, douloureuses, rouges à leur base, blanches à leur sommet; puis elles devenaient noires et sèches, et s'étendaient; les parties voisines devenaient dures, et en même temps la rougeur cessait.

La peste de Russie, décrite superficiellement par Mertens, avec beaucoup de soin par Samoïlowitz, a été divisée par ce dernier en trois nuances ou degrés. D'abord les symptômes communs furent: une tristesse profonde, des pleurs sans motifs, un abattement extrême, de légers frissons, un léger tremblement; des vertiges avec pesanteur douloureuse au dessus des sinus frontaux et dans les paupières; rougeur et saillie des yeux, larmoiement, regard fixe ou égaré; peau brûlante, chaleur interne; langue sèche, épaisse, chargée, ordinairement jaunâtre; pâleur de la face, affaissement des traits, anxiété, agitation, syncopes; nausées, vomissemens d'alimens ou de matières jaunâtres ou verdâtres; somnolence, réveils en sursaut, désespoir, délire; gêne dans la parole, aphonie; incontinence d'urine, diarrhée; chez les hommes quelquefois, épistaxie, hémorragie de l'arrière-bouche; chez les femmes, ménorragie, avortement.

Le premier degré de la maladie était en outre caractérisé par des douleurs de tête et des vomissemens, par des bubons, quelquefois des petites pétéchies, très-rarement par des charbons; le second par une céphalalgie continuelle, des vomissemens répétés, de larges pétéchies noires, confluentes, qui, se

réunissant au nombre de trois ou quatre, formaient une pustule jaunâtre, sous laquelle était un charbon, lorsqu'on venait à l'ouvrir; enfin par très-peu de bubons; le troisième, par les symptômes qui viennent d'être indiqués, plus le délire.

La peste d'Égypte, décrite par Desgenettes, Savarési, M'Gregor, se déclarait par la perte de l'appétit, une langueur générale, une légère douleur de tête, ou une envie de vomir, la rougeur de la langue, la chaleur brûlante et la sécheresse de la peau, la dureté et la fréquence du pouls; le deuxième ou le troisième jour, une vive douleur, une tuméfaction se manifestaient à la région inguinale; le quatrième, il y avait toujours une rémission. Quand la maladie était très-intense, il survenait des vomissemens de matières noires et verdâtres, une diarrhée colliquative, et du délire. Dans son premier degré d'intensité, il y avait fièvre légère sans délire ni bubon; dans le second, fièvre, délire, et bubons; dans le troisième, fièvre, délire considérables, bubons, charbons, pétéchies, ensemble ou successivement. Les anthrax furent rares; le bubon se formait ordinairement aux aines, aux aisselles, aux parotides, aux bras; il était environné d'une inflammation des parties musculaires, conservait quelquefois une dureté squirreuse, et ne se terminait alors par la suppuration qu'au bout d'un mois ou quarante jours.

Larrey affirme, ainsi que Samoïlowitz, que les bubons n'attaquent jamais le tissu des ganglions lymphatiques, qu'ils se manifestent toujours au dessous d'eux ou dans les environs; c'est à l'issue, dit-il, des ouvertures de communications des principales cavités du corps avec les extrémités, lieux où le tissu cellulaire contracte des adhérences avec les aponévroses et les nerfs, que s'établit le foyer d'irritation d'où résulte le bubon. Quelquefois le pus, en détruisant le tissu cellulaire de la région inguinale, isole les ganglions, et les met à découvert sans les altérer; les cicatrices restent même beaucoup au dessous de l'aine, et l'on ne peut les confondre, à cause de cela, avec celle des bubons vénériens. Dans les récidives, ces cicatrices s'ulcèrent, et prennent quelquefois un caractère gangréneux; il y a en outre anorexie, nausées, vomissemens de bile d'un vert foncé, pesanteur à la tête, vertiges, lassitude générale. Chez d'autres, selon le même observateur, les bubons qui n'avaient pas suppuré se gonflaient dans le même cas, et formaient des tumeurs bleuâtres, indolentes, qui restaient squirreuses ou suppuraient. Lorsque la suppuration avait lieu, la fluctuation était précédée d'une phlyctène gangréneuse. Chez quelques-uns, les cicatrices des charbons étaient noirâtres, causaient des tiraillemens douloureux dans les parties voisines, et de la gêne dans les mouvemens. Une

observation fort remarquable est la suivante, publiée par Larrey : Le chirurgien Leclerc avait éprouvé la peste en Syrie; depuis cette campagne, il ressentait tous les ans de légers retours, pendant la saison où règne cette maladie; les bubons, qui s'étaient terminés chez lui par la résolution, se tuméfiaient prodigieusement, surtout celui du côté gauche, lequel gênait alors les mouvemens de la cuisse, qui, ainsi que la jambe, était dans un état de maigreur et de faiblesse. La première année, étant à Gyzeh, il lui survint à la face une éruption lépreuse qui, après avoir résisté à tous les moyens, cessa à l'époque où la saison de la peste finissait. De retour à Paris, les bubons se tuméfièrent de nouveau; Leclerc partit pour Saint-Domingue, où, à peine arrivé, il périt de la fièvre jaune.

Cullen, quoiqu'il n'ait pas observé la peste, paraît avoir médité avec beaucoup de soin toutes les relations qu'on en a faites; les circonstances qui distinguent, suivant lui, cette maladie, et surtout ses états les plus violens et les plus dangereux, sont : 1° la perte considérable d'énergie dans les fonctions de relation, qui souvent se manifeste dès le commencement de la maladie; 2° la stupeur, le vertige, auxquels succèdent une marche chancelante semblable à l'ivresse, le mal de tête, différens délires, tous symptômes d'une grande lésion du cerveau; 3° l'anxiété, les palpitations, les syncopes, et surtout la faiblesse et l'irrégularité du pouls, qui annoncent la gêne considérable de l'action du cœur; 4° les nausées, le vomissement, principalement de bile, qui prouve sa présence dans l'estomac et les intestins; 5° les bubons, les charbons, et enfin les pétéchies, les hémorragies, la diarrhée colliquative. Il entremêle ces remarques séméiologiques de vues théoriques erronées, et il en tire des conclusions uniquement relatives à ses idées systématiques particulières; mais ces remarques sont très-importantes, parce qu'elles offrent le tableau très-succinct et caractéristique de la peste.

La terreur qu'inspire la peste laisse rarement aux gens de l'art le courage nécessaire pour ouvrir les cadavres, et surtout pour les ouvrir avec le soin convenable, toujours indispensable, et notamment quand il s'agit d'assigner la nature et le siége d'une maladie si terrible. Cependant il est peu d'épidémies de peste dans le cours desquelles on n'ait ouvert un ou plusieurs cadavres. Nous allons rapporter les principaux résultats de ces recherches, si incomplètes d'ailleurs, mais cependant trop peu connues.

Dans la peste du sixième siècle, quelques cadavres ayant été ouverts, on y trouva des anthrax et une gangrène horrible. Dans celle du dix-septième siècle, on trouva les viscères gangrenés, le cœur, le poumon et le foie couverts de taches.

noires; les vésicules remplies de bile noire, épaisse, collante; les gros intestins remplis de sang grumelé. A l'ouverture des cadavres, dans la peste de Rochefort, Chirac trouva le sang coagulé dans la veine cave et les ventricules du cœur chez ceux qui étaient morts avant le quatrième jour; très-épais et peu coulant chez ceux qui étaient morts du septième au onzième jour; le cerveau, le foie, l'estomac et les intestins étaient engorgés de sang d'un rouge foncé, livide et charbonneux; les membranes du cerveau, la superficie de l'estomac et des intestins étaient, dans la plupart, parsemées de taches livides ou pourprées, avec plusieurs places charbonnées, semblables à celles qui avaient paru en divers endroits de la peau; des abcès sanieux dans la substance du cerveau ou dans le foie de quelques sujets; et de la sérosité claire et sanieuse répandue entre les membranes du cerveau, ou entre la pie-mère et la substance corticale; la substance du foie, chez quelques sujets, réduite presqu'en bouillie; de la sérosité jaunâtre ou sanglante dans la cavité du bas-ventre chez ceux qui avaient succombé du septième au onzième jour; le poumon fut presque toujours le moins affecté des viscères, quoiqu'il parut quelquefois gorgé de sang. Dans la peste qui ravagea Marseille au dix-huitième siècle, Chicoyneau, Veruy et Soulier, trouvèrent les viscères de l'abdomen livides, noirâtres, ou d'un rouge foncé; les vaisseaux remplis de sang de même couleur; des réseaux vasculaires sur la face externe des intestins, de l'estomac, des poumons et sur le péricarde, dans les cadavres de trois malades dont on n'ouvrit pas la tête ni le canal digestif. Les vaisseaux du cerveau, de ses enveloppes, et les sinus de la duremère remplis de sang noirâtre coagulé; des inflammations gangréneuses du poumon; le cœur et le foie, très-volumineux, sans altération de texture; le vésicule, l'estomac et les intestins remplis de bile d'un vert foncé; les ganglions qui formaient les bubons, gangrénés, noirâtres, livides, purulens, surtout dans leurs racines; dans les cadavres de six malades, chez quelques-uns desquels il y avait des charbons intérieurs, des taches livides et pourprées, semblables à celles qu'on voyait à l'extérieur de l'estomac, qui était rempli de vers et de sang noirâtre horriblement fétide. Aucun de ces cadavres n'exhalait de mauvaise odeur remarquable, comme il arrive souvent à ceux des sujets qui périssent à la suite de maladies putrides de quelque durée. Soulier trouva dans un cadavre qu'il ouvrit à Aix, outre les désordres que nous venons de mentionner, une pustule charbonneuse, noire, étendue sur l'intestin iléon; chez un autre, la membrane interne des intestins était parsemée de quantité de taches pourprées; chez un troisième, l'épiploon était parsemé de taches noires. Cou-

sier trouva, dans douze cadavres qu'il ouvrit à Alais, des traces de congestion cérébrale, d'inflammation des méninges, le cœur et le foie volumineux, de la bile dans le canal digestif, des taches pourprées et des charbons sur le poumon, à l'intérieur et à l'extérieur de l'estomac et des intestins grêles, sur l'épiploon, le mésentère, le foie, le péricarde, la vésicule biliaire, le diaphragme, les reins, l'aorte ventrale et le pancréas. J. F. Schreiber rapporte que, durant la peste de l'Ukraine en 1738, on trouva dans les cadavres les poumons gangrenés, noirs, la vésicule remplie de bile liquide. Dans celle qui régna à Cherson, Samoïlowitz trouva les intestins, l'estomac, la vésicule du fiel un peu gonflés, le grand lobe du foie un peu enflammé; l'encéphale, le diaphragme, les poumons, le péricarde, comme à l'ordinaire; une matière jaune semblable à de la graisse d'oie dans les cavités du cœur. Savarési, ayant ouvert trois cadavres à Damiette, il trouva les parois des intestins et de l'estomac couvertes d'un mucus jaunâtre, les glandes conglobées, très-denses, et diminuées de volume. A Jaffa, Larrey trouva, dans le cadavre d'un pestiféré, le bas-ventre balloné, le grand épiploon jaunâtre, marqueté de taches gangréneuses; les intestins boursoufflés, brunâtres; l'estomac affaissé et gangrené dans plusieurs points voisins du pylore; le foie volumineux, la vésicule pleine de bile noire et fétide; les poumons d'un blanc terne, entrecoupés de lignes noirâtres; le cœur d'un rouge pâle, son tissu facile à déchirer, ses cavités pleines d'un sang noir et liquide; les bronches remplies d'un sang noir et liquide. Dans un autre cadavre, le foie était plus volumineux, la vésicule très-distendue, le péricarde rempli de sérosité sanguinolente, le tissu cellulaire était parsemé d'un lacis de vaisseaux pleins de sang noir et liquide; les autres désordres comme dans le premier cadavre. Il a remarqué les mêmes lésions dans plusieurs autres qu'il ouvrit en Égypte : il n'a point ouvert le crâne.

La mortalité de la peste en est le caractère le plus distinctif ou du moins le plus connu, parce qu'il est le plus facile à reconnaître; cependant elle n'est pas toujours telle qu'on se l'imagine, d'après le nombre immense de sujets moissonnés par cette maladie, dans certaines épidémies qui ont laissé une longue trace de terreur chez plusieurs peuples. Dans la peste de Nimègue, qui dura quatre mois, le nombre des morts fut immense, aucune maison ne fût exempte de ce fléau. A Marseille, il périt trente-neuf mille habitans selon les uns, cinquante mille selon les autres, en sept mois. A Rochefort, elle fit périr les deux tiers de ceux qui en furent attaqués durant l'espace de deux mois environ. En Russie, cent trente-trois mille deux cent quatre-vingt-dix-neuf personnes mou-

rurent dans l'espace de treize mois. En Égypte, elle fut très-meurtrière la première année du séjour des Français ; durant les deux années suivantes, les deux tiers des malades périrent; dans la quatrième année, on en guérit plus du tiers. Mais il est à remarquer que, si la peste fit périr en Égypte seize cent quatre-vingt-neuf français, il en périt deux mille quatre cent soixante huit par les maladies ordinaires dans le même temps, non compris ceux qui moururent, soit en combattant, soit des suites de leurs blessures, soit par accident. Si la statistique n'était pas une science toute nouvelle, si chaque médecin en avait toujours connu l'importance, si enfin nous possédions sur toutes les pestes qui ont ravagé l'Europe des documens tels que Desgenettes en a recueilli en Egypte, nous ne serions pas réduits à dire vaguement que la peste est la plus meurtrière des maladies; il résulte même des calculs de ce célèbre médecin en chef d'une illustre armée, que la dysenterie a fait périr un plus grand nombre de nos soldats que la peste.

Le pronostic de la peste est des plus alarmans pour l'ordinaire; la légèreté des symptômes n'est point un motif suffisant d'espérer la guérison, puisque la mort a lieu assez souvent au milieu des prodrômes de la maladie. Cependant, relativement à l'intensité des symptômes, il y a cette remarque à faire, que dans l'épidémie de Marseille, ceux dont les symptômes n'étaient point très-marqués pendant plusieurs jours, guérissaient assez souvent, tandis que ceux chez lesquels les symptômes étaient violens dès le début mouraient subitement, en six ou huit heures, d'autres en vingt-quatre, le plus grand nombre en deux ou trois jours. Quand le malade atteignait au-delà du troisième, on devait espérer son rétablissement; les éruptions se développaient de plus en plus ou commençaient à paraître quand la guérison devait avoir lieu, sinon elles s'effaçaient ou ne paraissaient point. Toutes les fois que les éruptions disparaissaient, la mort avait lieu, quelquefois inopinément et lorsque le malade, se trouvant mieux, paraissait au moment de recouvrer totalement la santé. Les pétéchies annonçaient presque toujours une issue funeste, principalement quand elles étaient noires; tandis que les bubons et les anthrax étaient d'un bon augure. Les bubons qui paraissaient dès le début ne servaient point au pronostic; ceux qui se manifestaient le deuxième ou le troisième jour coïncidaient avec une amélioration; ceux du cou et des parotides étaient presque constamment l'indice d'une mort prochaine; s'étendaient-ils des deux côtés du cou, la suffocation était imminente. La suppuration des bubons ne commençait qu'avec la diminution du mal. Les charbons et les pustules avaient la même signification que les bubons; au cou ils n'étaient pas d'un moins mauvais augure que ceux-ci. La

mort avait presque toujours lieu quand les pustules se formaient sur les bubons. Passé le huitième ou le dixième jour, le malade était hors de danger. Dans la peste de Rochefort, tous les malades chez lesquels les bubons et les parotides parurent le quatrième, le cinquième ou le sixième jour, périrent; ceux chez lesquels ils ne parurent que le septième ou le neuvième jour, guérirent. Aucun de ceux qui eurent des charbons à la tête et aux mains n'échappa.

Dans la peste d'Égypte, presque tous les malades qui n'avaient qu'une fièvre légère, sans délire, mais avec des bubons, guérirent facilement et promptement; parmi ceux chez lesquels le délire existait, plusieurs guérirent, le délire s'apaisant vers le cinquième jour, et cessant avec la fièvre le septième; on vit enfin très-peu de guérisons parmi les malades qui avaient de la fièvre, un délire considérable, des bubons, des charbons ou des pétéchies séparément ou réunis; la mort ou une rémission avait lieu du troisième au cinquième ou sixième jour; ce degré fut presque toujours funeste; cependant on a vu, malgré la gravité de cette troisième espèce, des guérisons entièrement dues à la nature.

L'apparition des bubons, même en grand nombre, est regardée, au Levant, comme un événement favorable; il en est de même des bubons fermes, durs; au contraire, on en augure mal quand ils sont mous.

La prostration, l'assoupissement, les mouvemens convulsifs, le délire, ne laissent plus guère d'espoir. L'état du pouls est trop peu connu, trop rarement exploré, pour qu'on puisse rien en conclure. Plus le regard s'éloigne de l'état naturel, et plus il y a lieu de redouter la mort.

Peut-être, si on en savait davantage sur le traitement de cette maladie, les cas où il y a des signes d'une vive irritation gastrique, intestinale, seraient-ils moins redoutables. Fodéré a fait une remarque qui peut être importante : c'est que, s'il faut en croire Pâris, les indigènes qui traitent la peste dans le Levant regardent la vive rougeur des charbons, des bubons et des autres exanthèmes, soit à l'exanthème lui-même, soit autour, comme un signe de mort prochaine, et la couleur violette, au contraire, comme d'un bon augure, donnant pour raison que le rouge vif annonce une trop vive inflammation.

Les hommes, les adultes, les sujets vigoureux, pléthoriques, succombent plus souvent que les enfans, les femmes, les sujets faibles et les vieillards. Desgenettes a vérifié cette observation en Égypte, où il a remarqué que les hommes adonnés à l'excès des liqueurs spiritueuses et des femmes, guérissaient rarement.

Dans le commencement de l'apparition de la peste, elle est

encore peu meurtrière ; à mesure que le nombre des malades augmente, elle le devient davantage ; la mortalité diminue à mesure que les sujets infectés deviennent moins nombreux ; mais ce rapport de la mortalité est-il relatif à l'intensité du mal, ou seulement au nombre? c'est ce qu'il n'est pas facile de décider.

Une question importante est celle-ci : la peste peut-elle récidiver chez le même sujet? A Marseille, tous les convalescens qui furent employés comme garde-malades contractèrent une seconde fois la maladie, et périrent. A Acre, Desgenettes avait formé les convalescens à rendre des services aux malades graves en y attachant un certain prix ; et je ne dois pas dissimuler, dit-il, que plusieurs reprirent la maladie.

Le traitement de la peste a subi le sort des théories en vogue dans les écoles ; tantôt on a purgé, fait vomir ou prodigué les alexitères, les sudorifiques, pour expulser le venin par la peau, la bouche, et par l'anus ; tantôt on a saigné pour arrêter les progrès d'une inflammation qui n'a pas toujours été méconnue. Trop souvent peut-être on a fait successivement usage de tous ces moyens, les uns après les autres, chez le même malade. Ne pouvant rapporter ici les méthodes de traitement adoptées par tous les médecins qui ont eu à guérir des pestiférés, nous nous bornerons à parler des remarques pratiques de Chirac à Rochefort, de Bertrand à Marseille, de Desgenettes en Égypte. Mais, avant tout, disons avec Cullen, qui comme nous n'avait pas vu la peste, que les indications à remplir dans la cure de cette maladie sont les mêmes que celles qui conviennent dans les fièvres en général.

Chirac ne voyait dans les fièvres pestilentielles que le plus haut degré des fièvres malignes. La première chose, dit-il, que le médecin doit faire lorsque les devoirs de son ministère l'appellent près des pestiférés, c'est de s'armer d'une forte et ferme résolution à leur approche ; quelque appréhension qu'il ait, il doit se la cacher et la cacher au malade et aux assistans, s'il ne veut contracter la maladie et courir le risque d'y succomber, et jeter la consternation. C'est un des plus grands remèdes qu'il puisse apporter à un malheureux pestiféré, qu'un visage ouvert, une contenance assurée, une feinte déclaration que sa maladie n'est ni la peste, ni même une maladie mortelle, mais bien une inflammation universelle très-curable. Le médecin ne prendra par conséquent point d'autre équipage ni d'autres habits que ceux qui lui sont habituels ; les habits de maroquin, les masques avec des verres au devant des yeux, sont de faibles remparts contre la maladie, et accroissent, pour ainsi dire, la peur qu'on en a. La seule précaution qu'il doive prendre, c'est de vivre très-régulièrement, très-sobre-

ment, de visiter ses malades plutôt à jeun qu'avec un bouillon ou du vin dans l'estomac. Il faut aussi qu'il s'accoutume à l'usage du tabac, et qu'il porte avec lui une fiole de vinaigre ou de tout autre stimulant pour en faire usage si l'occasion se présente, non pas comme préservatif, mais pour se préserver de la mauvaise odeur, qui n'est pas sans influence.

Chirac employait la saignée, les purgatifs, les émétiques, et ce qu'il appelait les fondans, contre la peste. Il tirait du sang en assez grande quantité, mais lentement, et d'une veine du pied. Il faudrait avoir été témoin de sa pratique pour juger à quel point il abusait des autres moyens qu'il employait, en raison de l'état des viscères et du sang après la mort.

Bertrand pensait que la peste, tout extraordinaire qu'elle parût, n'exigeait que peu des remèdes, et pour la plupart fort simples; la saignée peu copieuse, peu fréquente, et seulement quand le pouls était plein, élevé; une purgation douce et légère au début du mal; un léger purgatif ou un lavement après l'émétique ou l'ipécacuanha, quand le malade éprouvait des nausées; une potion purgative à petites reprises quand les nausées continuaient; un léger sudorifique avec un peu de diascordium, si le malade était abattu; l'eau panée acidulée, le bouillon de poulet; les légers narcotiques dans le délire, le diascordium dans le cas de diarrhée; la potion de Rivière dans le vomissement; la saignée de nouveau, quand après le vomitif, le purgatif, la fièvre se ranimait, le pouls redevenait plein et élevé. Bertrand avait mitigé beaucoup la méthode de Chirac, qui, au reste, avec une théorie différente, n'avait fait que réunir toutes les méthodes employées avant lui, en faisant prédominer la saignée.

Les ablutions tièdes d'eau et de vinaigre, les vomitifs, la décoction de café, de quinquina acidulé avec le suc de citron, de tamarind, le camphre, les sudorifiques; la saignée, quand les symptômes annonçaient une inflammation très-vive au commencement; le vomitif le lendemain, quand il y avait pléthore bilieuse; les vésicatoires appliqués dès les premiers jours: tels furent les moyens employés par les médecins et les chirurgiens français en Égypte, autant que le permirent les difficultés innombrables inhérentes au service d'une armée aussi prodigieusement active, dans un pays si différent de l'Europe, et un personnel certainement trop peu nombreux. Animés par le zèle infatigable de Desgenettes et de Larrey, ils bravèrent comme eux la mort sous toutes ses formes; quatre médecins, trente-six chirurgiens, vingt-quatre pharmaciens succombèrent à la peste. Si les Français étaient restés dans ce pays, et que ce fléau eût reparu parmi eux, on l'aurait observé à loisir dans des hôpitaux pourvus de tout ce qui est nécessaire, et la

conquête eût tourné, cette fois, au profit de l'humanité. On fit du moins de généreux efforts, et c'est assez pour l'honneur de la nation française.

Massaria est, ainsi que l'a très-bien remarqué Fodéré, celui de tous les médecins qui a le plus insisté sur l'utilité de la saignée dans la peste; il employait aussi les scarifications aux malléoles; il blâmait l'usage des purgatifs, et ne faisait usage que des laxatifs; en même temps il ne voulait pas que la diète fut austère. Septalius retira de la saignée les plus heureux effets. Chirac saignait beaucoup. Desgenettes, sans employer la saignée comme moyen banal, a eu occasion de la prescrire avec avantage, ainsi que les médecins sous ses ordres. Russel assure que les médecins asiatiques saignent au commencement de la peste, et même plusieurs fois dans le cours de la maladie. Buchan usa de la phlébotomie avec succès. Les Turcs, au rapport de M'Gregor, préfèrent les saignées locales, et ne tirent que peu de sang par la veine quand ils l'ouvrent. Il n'est pas douteux que si aujourd'hui l'idée de tirer du sang dans la peste épouvante la plupart des praticiens, cela provient, d'une part, de la répugnance de tout malade et de tout sujet faible, pour les moyens réputés affaiblissans, et, de l'autre, des théories browniennes qui envahissent les meilleures têtes, même à leur insu.

Samoïlowitz a recommandé les frictions avec la glace comme un moyen puissant de guérison, mais il ne lui accordait une si grande efficacité que d'après trois cas dans lesquels il avait joint à ce moyen une foule d'autres tous disparates. Les frictions avec l'huile d'olive tiède, considérées comme moyen curatif, paraissent provoquer des sueurs abondantes, mais il reste à déterminer si ces sueurs sont avantageuses; l'expérience n'a pas encore prononcé.

On a quelques exemples de guérison spontanée, et ils sont trop peu nombreux pour qu'on néglige de les recueillir : Desgenettes rapporte qu'un sapeur attaqué de la peste s'échappa, nu, dans un violent délire, erra pendant près de trois semaines dans le désert; deux bubons qu'il avait abcédèrent et se cicatrisèrent d'eux-mêmes; il subsista, quand il sentit le besoin des alimens, avec une espèce de petite oseille que l'on trouve dans cette contrée. Un artilleur qui avait deux charbons et un bubon, s'échappa, dans un violent délire, du Lazaret, et se précipita dans le Nil, d'où il fut retiré une demi-heure après, et il guérit parfaitement. Savarési assure qu'un capitaine de vaisseau ayant contracté la peste en soignant ses matelots, ressentit une excessive chaleur, comme si son sang eut bouilli dans ses veines; il lui sembla qu'il ne lui restait plus que quelques instans à vivre; profitant du peu de raison qui lui

restait pour faire un essai, il se coucha tout nu sur le tillac, par un temps fort brûmeux; l'humidité le pénétra de toutes parts, et au bout de quelques heures sa respiration devint plus libre, l'agitation de la circulation se calma, en sorte que le lendemain il fut entièrement guéri, après avoir pris un bain de mer. Ce fait est un de ceux sur lesquels on s'appuie pour préconiser l'utilité d'un air frais, des boissons et des lotions aqueuses froides, comme seuls moyens de traitement dans la peste.

Tous les auteurs qui ont vu la peste, et ceux qui les ont copiés, s'accordent à dire qu'il faut provoquer, hâter, entretenir la suppuration des bubons, cautériser les charbons, afin d'empêcher la disparition de ces éruptions généralement regardées comme avantageuses. Bertrand s'est élevé contre la pratique barbare qui consistait à les extirper. Larrey faisait appliquer sur les bubons des cataplasmes d'oignons de scille cuits sous la cendre; il les ouvrait avec le bistouri, avant la fluctuation; quand ils étaient indolens, sans inflammation de la peau, il y appliquait un cautère chauffé jusqu'au blanc, et recouvrait l'escarre avec un cataplasme. Il couvrait les charbons avec des cataplasmes chauds et rubéfians; il les scarifiait, les cautérisait avec les cathérétiques liquides, et pratiquait la résection des parties gangréneuses. Il employait, pour le pansement des bubons en suppuration, un mélange d'émolliens et d'excitans tels que les circonstances lui permettaient de les choisir. Fodéré pense que l'on pourrait se borner à l'emploi local des émolliens dans le traitement des bubons et des charbons.

Chicoyneau admettait une peste intermittente; il croyait l'avoir observée à Marseille; cette idée, adoptée par Sauvages, paraît étrange aujourd'hui; cependant, pourquoi la peste, comme toutes les autres maladies aiguës, ne serait-elle pas quelquefois intermittente? Les bubons, les charbons seuls ne peuvent être que continus, encore Larrey a-t-il fait mention, comme on l'a vu plus haut, d'un renouvellement annuel du gonflement des ganglions inguinaux chez un sujet qui avait été affecté de la peste; n'est-ce pas là une sorte d'intermittence?

Quelle est l'origine, quelles sont les causes de la peste; est-elle contagieuse, transportable; ne peut-on espérer de la mieux connaître un jour, et le traitement n'en deviendra-t-il pas plus efficace par la suite? enfin, les moyens prophylactiques, domestiques et publics, recommandés ou employés, méritent-ils de la confiance, et doit-on continuer le système des lazarets et des quarantaines?

Si nous avions une bonne histoire de la première épidémie pestilentielle, peut-être ne nous serait-il pas difficile d'en assi-

gner la source, les causes, l'origine; il ne resterait plus qu'à composer cette histoire avec celle de toutes les épidémies subséquentes de même caractère; si seulement nous avions l'histoire complète de la peste dans un des siècles où elle s'est le plus répandue, on pourrait encore se livrer à l'étude approfondie de cette histoire pour décider si elle était là endémique, ici importée. Mais il n'en est pas ainsi; nous ne possédons que des histoires isolées plus ou moins incomplètes d'épidémies dans divers pays, dans des temps différens; on ne peut donc retrouver entre elles aucune liaison naturelle, si tant est qu'il y en ait. Cependant, à travers tant d'obscurités, on a voulu pénétrer jusqu'à la vérité. De ce que les Israélites virent la peste ravager l'Égypte, de ce que cette contrée est encore souvent en proie à ce fléau, on a conclu, Fodéré entre autres, que cette contrée a été de tous temps le foyer des miasmes pestilentiels, en raison de son peu d'élévation, de son mode de culture, des inondations du Nil, de la négligence de toute mesure d'hygiène publique, et des marais formés par les terres qu'apporte le Nil à ses embouchures. Desgenettes pense seulement que la peste est endémique dans l'Égypte inférieure et le long des côtes de la Syrie; 1°. parce qu'elle y règne depuis des siècles; 2°. parce qu'elle y a été observée cent fois, dans cent lieux qui n'avaient eu entre eux aucune espèce de communication.

Faut-il conclure de là, comme le veut Fodéré, que la peste tire toujours son origine de l'Égypte; que lorsqu'elle paraît ailleurs, elle n'en provient pas moins de cette terre? Non, car d'abord cette provenance n'est démontrée que par un petit nombre de cas; ensuite, puisque la peste est endémique en Égypte, on ne voit pas pourquoi elle ne le serait pas également dans des pays où règnent des circonstances analogues. A l'exception des inondations, toutes les causes d'insalubrité qui règnent en Égypte existent dans le Levant; puisque la peste est endémique en Afrique, il y a les mêmes raisons de croire qu'elle l'est également sur les bords de la mer Noire; et s'il était possible d'attribuer exclusivement à l'Égypte ou à Constantinople le triste privilége de donner la peste à l'autre, nous ne connaissons pas de faits qui puissent autoriser à faire un choix entre celui-ci et celle-là. La plupart des pays soumis à la domination des Mahométans sont sujets à être ravagés par la peste. L'Europe était dans le même cas à l'époque où l'on n'y prenait aucune précaution sanitaire; la peste n'y a plus guère paru que par le mépris ou l'absence de ces précautions; par conséquent on doit inférer que le Levant et l'Afrique sont seuls le foyer de cette redoutable maladie. Les progrès de la civilisation, les bienfaits d'une bonne administration ont

préservé depuis long-temps la France de ce fléau; quand la civilisation aura pénétré en Égypte, en Turquie, la peste disparaîtra sans doute peu à peu.

Nous croyons inutile d'examiner si elle est particulière à l'Egypte, parce que le Nil traverse plus de cinquante à soixante lacs ou étangs fangeux et marécageux dans l'Abyssinie et le Sennaar, et arrive ainsi chargé de débris de substances organisées en Égypte, puisque la peste n'est pas endémique seulement dans ce pays, et qu'à Constantinople elle est tellement en permanence et si commune, qu'on l'appelle le *mal*.

La peste est le fléau des nations qui méprisent les lumières de la civilisation. Ses causes sont tout ce qui peut vicier l'air, tout ce qui peut léser les organes digestifs, supprimer les fonctions de la peau; mais pour que ces causes agissent au point de donner lieu à la peste, il faut qu'elles soient réunies au plus haut degré d'intensité; et cela est si vrai qu'on a remarqué des bubons et même des charbons, en petit nombre d'ailleurs, dans le cours d'épidémies très-meurtrières et très-étendues de typhus provenant évidemment de causes locales, de celles de la guerre surtout, et dans des cas où il aurait été absurde de supposer la moindre communication avec le Levant ou l'Égypte; par exemple, au siége de Torgau, Desgenettes remarqua un anthrax chez un malade affecté du typhus. Les fièvres pestilentielles de Rochefort, observées par Chirac, avaient suivi des fièvres malignes, suites elles-mêmes de fièvres intermittentes, de varioles et de rougeoles très-graves, toutes maladies qui lui parurent provenir, dans ce qu'elles avaient de malin, de pestilentiel, de l'action des miasmes exhalés des marais desséchés par un soleil brûlant, sur une population soumise ensuite à l'action d'un froid humide, et à toutes les misères de la disette, à tous les malheurs de la guerre, enfin à la frayeur que détermine toute mortalité imprévue. Desgenettes a remarqué, dans la peste d'Egypte, que les sujets exposés à de brusques passages de la chaleur la plus forte à une température plus basse, tels que les forgerons, les boulangers, les cuisiniers, contractaient plus facilement la peste, ainsi que les hommes adonnés aux femmes ou à l'eau-de-vie, ainsi que les Nègres et les Syriens attachés à l'armée. Elle sévit d'abord sur les femmes et les enfans, mais les hommes adultes résistèrent moins à l'épidémie.

Relativement aux temps de l'année où règne la peste, elle se développe, dit Desgenettes, en Egypte, généralement dans une saison déterminée; mais il y en a des exemples à toutes les époques de toutes les années: les vents du sud, l'air chaud et humide en favorisent, s'ils n'en produisent pas seuls le dé-

veloppement; les vents du nord, les extrêmes du froid et du chaud, la font cesser presque entièrement.

Le témoignage du plus grand nombre des observateurs démontre que la peste est contagieuse, et cela dans l'acception la plus stricte, la plus vraie, et même la seule vraie, c'est-à-dire transmissible par le contact, soit du sujet lui-même, soit de ce qui le touche ou l'avoisine. Elle est contagieuse, par le contact des malades, car les infirmiers, les garde-malades, les parens qui en tiennent lieu, les gens de l'art contractent la maladie plus vite que les autres personnes, à un petit nombre d'exceptions près, et, proportions gardées, périssent en plus grand nombre dans le cours d'une épidémie. Elle est contagieuse parce que les hommes chargés d'ouvrir les ballots de marchandises provenant d'un pays où règne la peste, meurent souvent à l'instant même où ils se livrent à ce travail; parce qu'il suffit de ne pas toucher les pestiférés ni leurs effets, quoique d'ailleurs en restant près d'eux, pour ne pas contracter la maladie; parce que l'isolement en préserve à coup sûr, et parce qu'il suffit de la largeur d'une simple table entre un pestiféré et un homme sain, d'un fossé entre une tente où règne la peste, et une autre où elle ne règne pas, pour que la transmission n'ait pas lieu. Elle est contagieuse, car il suffit de porter des habits enlevés à des pestiférés pour le devenir soi-même. Enfin, elle est contagieuse, puisqu'on s'en préserve en évitant le contact de tout pestiféré, et de tout effet qu'il a touché. La peste, dit Desgenettes, est éminemment contagieuse, mais les conditions de la transmission de cette contagion ne sont pas plus exactement connues que sa nature spécifique. Les cadavres n'ont pas paru la transmettre. Le corps animal, dans la chaleur et plus encore dans la moiteur fébrile, a paru la communiquer plus facilement. On a vu la contagion cesser en passant d'une rive du Nil à l'autre; on a vu un simple fossé fait en avant d'un camp en arrêter les ravages, et c'est surtout sur des observations de ce genre qu'est fondé l'isolement avantageux des Francs.

Il est d'observation constante qu'en s'isolant, en se retirant dans une maison, et ne communiquant plus avec le reste de la ville ou de la campagne, on se préserve de la peste, alors même qu'elle sévit avec la plus grande fureur. Les consuls des puissances européennes en Asie et en Afrique ne s'en préservent que par ce moyen, qui est infaillible. Il paraît néanmoins qu'à Constantinople, au contraire, la peste ne sévit que sur les indigènes, et qu'elle épargne les Francs, quoique d'ailleurs ceux-ci ne prennent aucune précaution pour s'en garantir.

Le transport des cadavres fit périr à Marseille tous les hommes chargés de leur inhumation; il n'en fut pas de même

en Égypte, ainsi qu'on vient de le voir. Malgré la propriété éminemment contagieuse de la peste, il est cependant des exceptions très-remarquables. C'est ainsi que Desgenettes, invité par un pestiféré, une heure avant sa mort, à boire dans son verre une portion de son breuvage, n'hésita point à lui donner cet encouragement : trait d'un cœur magnanime, qui risque sa vie pour donner un instant d'espoir à un obscur moribond !

Les chirurgiens de Marseille et ceux de l'armée d'Égypte, qui pansaient les bubons, les charbons, ne moururent pas tous; Larrey n'a point péri, quoiqu'il ait un jour enlevé de ses propres mains des cadavres de pestiférés qui l'empêchaient d'arriver à quelques blessés réclamant ses soins à grands cris. Devant Acre, Desgenettes se trouva fréquemment obligé de nettoyer l'espèce de souterrain fangeux où les pestiférés étaient étendus sur des joncs, c'est-à-dire de ramasser les haillons, les sacs, les baudriers, les casquettes ou les bonnets à poil des morts, pour les jeter lui-même au feu qu'il faisait allumer à cet effet derrière l'hôpital; averti par l'infection et par la lassitude, étant obligé de se tenir à genoux, il fut souvent forcé d'interrompre jusqu'à trois fois sa visite pour aller prendre l'air au dehors.

Quelques médecins croient aujourd'hui, comme jadis, que la peste n'est pas contagieuse; après un long séjour à Constantinople, Brayer est arrivé à partager cette opinion. Il est difficile de décider si cette différence de sentiment provient seulement de la variété des jugemens humains, ou si elle est fondée sur des faits qui peuvent faire douter de la contagion. Depuis quelques années, la question de la transmission des maladies agite tous les esprits; l'apparition de la fièvre jaune en Espagne a du moins produit ce résultat, qu'on s'occupe de la solution de ce problème si important; un homme intrépide autant qu'éclairé, Chervin, bientôt de retour en France, va publier le résultat de ses recherches sur la contagion de la peste d'Amérique; il sera bien intéressant, et peut-être bien utile, de les mettre en parallèle avec celle des médecins de tous les pays et de tous les temps sur la contagion de la peste du vieux monde. Quoi qu'il en soit, nous conseillons à tout médecin tenté de ne pas croire à la contagion de la peste de lire la relation de celle de Marseille en 1720; infailliblement, il sortira de cette lecture persuadé de la nécessité de maintenir les lois sanitaires établies ou rendues plus sévères à l'occasion de cet horrible désastre.

Le chagrin, la tristesse, la crainte, disposent singulièrement à contracter la peste, à déterminer des accidens cérébraux semblables à ceux qu'on observe dans cette maladie; on a été jusqu'à admettre une peste par affection de l'âme; mais la crainte

et le malaise moral n'iront jamais jusqu'à donner des bubons, des charbons, au moins aucun fait ne peut le faire croire. Nul doute d'ailleurs que, dans les temps de peste, son auxiliaire le plus puissant ne soit la crainte de la contracter, la peur de mourir; mais elle frappe aussi les plus intrépides. En lui opposant le calme d'un esprit qui ne craint pas la mort, on diminue seulement les chances de la contracter. Ce n'est donc pas un courage aveugle, mais une fermeté raisonnée qu'il faut déployer dans les épidémies pestilentielles; il ne faut pas se dire la peste fuit les braves, mais seulement prendre son parti en homme de cœur, dévoué à l'humanité, sur le danger imminent que l'on court, et se résigner d'avance à subir avec calme le fléau; autrement, on est exposé à perdre toute force d'esprit, si l'on vient à contracter le mal sur lequel on s'étourdissait. Connaître toute l'étendue du danger, l'envisager et s'y livrer de sang-froid, parce que le devoir l'ordonne, voilà le vrai courage : ce fut celui des Desgenettes et des Larrey.

Cet état de l'âme, la propreté, les bains froids ou les lavages à l'eau froide; le soin de porter chez soi d'autres habits que ceux que l'on porte en ville, et de faire cet échange en rentrant chez soi, plaçant à l'air celui qu'on quitte; une attention scrupuleuse à ne rien toucher hors de sa propre maison; le soin de n'y laisser entrer personne et de n'y recevoir que des vivres; la sobriété; un sommeil ni trop ni trop peu prolongé; l'abstinence du coït, ou du moins une grande modération dans cet acte; enfin, l'isolement complet autant qu'il est possible : tels sont les seuls préservatifs de la peste dans lesquels on doive avoir confiance. Les élixirs, les toniques, les excitans, disposent plutôt qu'ils ne préservent de la peste. Les exutoires, les écoulemens, les dartres, les ulcères, les plaies avec suppuration, la gale et les maladies vénériennes, ne préservent nullement de la peste. La vaccine non plus n'a aucun empire sur cette maladie. Peut-on avoir la peste en même temps qu'on a la variole?

L'instinct de la conservation porte les habitans d'une ville ou de tout autre lieu où règne la peste, à s'enfuir; il est assez inutile d'en donner le conseil. Celui qui peut prendre ce parti en raison de son indépendance, de sa fortune ou même de sa pauvreté, doit, s'il est sage, n'emporter que fort peu d'effets avec lui, changer ceux qu'il porte en arrivant dans le pays où il se croit en sûreté, ou du moins les faire laver avec soin, et les exposer à l'air libre aussi long-temps que possible.

Les autorités des contrées qui environnent un endroit ravagé par la peste doivent faire un devoir indispensable de cette mesure à toutes les personnes qui en arrivent; elles doivent même faire plus : elles doivent les placer dans un lieu d'observation où elles ne communiquent en aucune manière avec les habitans

du pays demeuré sain. Il faut encore que les personnes qui arrivent d'un pays pestiféré ne soient pas toutes réunies et confondues, de telle sorte qu'elles contractent la peste de ceux de leurs compagnons de fuite, chez lesquels il en existe ou il s'en développe quelque symptôme. Ce dernier principe est-il observé dans les lazarets? Relativement aux effets, aux marchandises, aux voitures, aux vaisseaux provenant des pays où règne la peste, la prudence exige qu'ils soient exposés à l'air, lavés à l'eau froide, ou même brûlés, selon les circonstances toujours graves, impérieuses, dans les cas où il s'agit de se préserver d'un si terrible fléau. *Voyez* ISOLEMENT, DÉSINFECTION, LAZARET, QUARANTAINE.

Relativement aux personnes qui, par état, doivent rester dans le lieu où règne la maladie, il faut considérer l'autorité et les ministres des autels; ces derniers doivent suivre les inspirations de la morale religieuse la plus épurée : Belzunce leur a laissé un beau modèle.

Les membres de l'autorité qui fuient la peste sont des lâches qui, ne voulant de la société que ses avantages, désertent leur poste à l'instant où ils doivent resserrer le lien social que la terreur s'apprête à dénouer. Assurer les subsistances, faire les fonds nécessaires aux circonstances extraordinaires qui se présentent; former un conseil de salubrité composé, à parties égales, de médecins et d'administrateurs; assurer par l'exemple, par la persuasion, par l'argent, et même par la force, l'exécution des mesures de salut indiquées par ce conseil : tels sont les devoirs de l'autorité. Mais il ne suffit pas qu'elle commande du fond d'un hôtel de préfecture ou d'un hôtel-de-ville; il faut qu'elle se montre, qu'elle préside en personne à l'exécution de ses ordonnances; un des médecins, membre du conseil, doit s'y montrer également, afin d'y porter le coup d'œil observateur d'un homme de l'art, et de saisir certaines circonstances qui pourraient échapper aux magistrats.

Le conseil devra être permanent, ou du moins s'assembler tous les jours. Ses devoirs seront :

Diviser sur le papier la ville en un certain nombre de quartiers, et asssigner à chacun un ou plusieurs médecins, selon que ceux-ci sont plus ou moins nombreux;

Ordonner que tout médecin lui rende compte par écrit, chaque soir, du nombre des malades qu'il a visités, de ceux qui lui paraissent atteints de l'épidémie, du degré d'intensité auquel, suivant lui, elle est arrivée, et des moyens qui lui paraissent devoir être pris dans le quartier qui lui est assigné;

Etablir une maison de santé dans chaque quartier, non-seulement pour les indigens, mais encore pour les riches; en établir deux ou davantage s'il est nécessaire; pour cela, on pren-

dra les magasins, les ateliers, les hôtels garnis, et même les églises et les casernes; les soldats inutiles à la police seront mis au bivouac; les pestiférés seuls seront admis dans ces maisons;

Des visites domiciliaires seront faites afin de s'assurer que des pestiférés ne sont point gardés dans les maisons particulières;

Un camp de baraques, de tentes, sera établi pour toute personne en bonne santé qui voudra s'y rendre en consentant à y aller avec un lit fort simple, deux habillemens seulement, et à se borner aux rations qui y seront distribuées;

Des fosses grandes et profondes seront ouvertes, à mesure des besoins, sous le vent de la ville, et chaque cadavre sera couvert de chaux;

Une contribution provisoire sur les plus imposés, sera frappée afin de subvenir aux dépenses; elle sera de tant par semaine en raison de la cote;

Un appel sera fait aux médecins des environs, aux membres des sociétés médicales, à l'autorité centrale, pour que le nombre des gens de l'art de l'endroit soit au moins doublé.

Quant à l'autorité supérieure centrale, éloignée plus ou moins du lieu ravagé, son devoir sera d'envoyer de suite des médecins, des vivres en abondance, des médicamens et de l'argent, car, dans une ville où règne la peste, il faut que le pauvre soit bien nourri, bien vêtu, bien soigné, pour l'intérêt même des riches et des populations voisines. Ce n'est qu'en assurant, par tous les sacrifices, des subsistances et des soins aux malheureux habitans en proie à un si terrible fléau, qu'on acquiert le droit de former autour d'eux un cordon qui comprenne l'espace le plus étendu possible de terrain, afin de s'opposer à leur émigration, qui pourrait devenir funeste aux contrées environnantes.

Tout cela est fort succinct, mais le défaut d'espace ne nous permet pas d'entrer dans de longs détails; il faudrait un volume pour exposer et discuter toutes les mesures préventives relatives à la peste, et les moyens d'en borner les ravages. On attend ce livre du savoir et de l'expérience de Desgenettes. En somme, l'autorité devra toujours avoir en vue d'isoler le plus possible les habitans les uns des autres, de les confiner dans leurs maisons; elle leur fera remettre des provisions; elle désiguera des pourvoyeurs chargés de les ravitailler, et défendra les assemblées nombreuses, les processions même, après lesquelles la peste sévit avec plus de fureur que jamais; elle devra d'ailleurs, autant que possible, présenter au peuple l'espoir que l'*épidémie* cessera promptement d'être meurtrière, *si l'on se conforme aux mesures indiquées*. Tout en reconnaissant, en annonçant même que la maladie est contagieuse, elle

niera hautement que ce soit la peste, imitant en cela la profonde sagacité de Desgenettes, afin d'éviter l'impression funeste que produit ce mot sur des hommes qui s'en voient menacés. Quand les choses sont déjà si horribles, que du moins les mots ne viennent pas ajouter leur terrible influence!

On a dit qu'il fallait ne point avoir d'hôpitaux dans les villes où règne la peste, afin de ne point chagriner les malades, et de peur que les parens ne cachassent avec soin ceux de leurs proches qui sont affectés de l'épidémie; il est certain que la séquestration des malades ajoute à l'horreur de leur situation, mais le bras de fer de la *nécessité* l'exige, puisque la maladie est *contagieuse*. En ouvrant d'avance des hôpitaux en grand nombre, on ne s'expose pas à laisser la population indigente et les hommes isolés, sans secours; on rend possibles l'administration des soins médicaux, l'exécution des lavages, des ventilations, du brûlement des effets, l'inhumation des cadavres, et l'on ne s'expose point à voir, comme autrefois à Marseille, les rues, les places jonchées de malades, de moribonds, de cadavres, de lambeaux de cadavres en putréfaction, dévorés par les chiens, exposés à l'ardeur du soleil, et fournissant des ruisseaux de matières putréfiées liquides.

Il ne faut pas chercher d'utopie dans les mesures relatives à la peste; en faisant bien sous plusieurs rapports, on fait presque toujours mal sous d'autres : misérable condition de l'espèce humaine, qui se voit souvent obligée d'aggraver ses maux, par les moyens mêmes qu'elle emploie pour en atténuer la violence.

Tout local dans lequel se trouvent un ou plusienrs pestiférés doit être maintenu bien aéré et très-propre; c'est le cas de se conformer avec la plus rigoureuse exactitude aux mesures nécessaires dans tout lieu renfermant des malades.

Il faut bien que les personnes qui leur donnent les premiers soins, les chirurgiens qui les pansent, touchent les malades; ajoutons qu'il est du devoir du médecin de leur tâter le pouls; comment saura-t-on jamais le traitement convenable à cette maladie, si l'on s'abstient d'interroger l'état de la circulation? Le médecin pourra d'ailleurs ne toucher le bras qu'avec le doigt indicateur et le médius, et se les lavera avec de l'eau froide immédiatement après; il évitera de respirer directement l'air expiré par le malade, la vapeur qui s'élève de son lit, surtout à l'instant où il se découvre; il palpera le bas-ventre avec la main recouverte d'un taffetas. Pourquoi serait-il moins courageux que le chirurgien qui va sous les boulets, au milieu des balles, ou sur un terrain miné, étancher le sang des blessés? Il est vrai que l'ingratitude est souvent la récompense du dévouement, mais la patrie n'est pas plus re-

connaissante pour l'obscur soldat, qui, loin de tous les yeux, immole sa vie à son devoir, alors qu'il pourrait fuir sans s'exposer à la honte, au déshonneur.

Lorsqu'un médecin soupçonne que la peste règne dans une ville, il est de son devoir d'en avertir sur-le-champ l'autorité, mais l'autorité seulement. Aussitôt qu'il présume l'existence de cette maladie, il doit demander à l'autorité l'ouverture secrète des cadavres; le conseil de salubrité ordonnera ensuite que chaque jour un ou plusieurs soient ouverts dans les hôpitaux durant les trois époques de la maladie; pour cela, on demandera des étudians zélés et instruits, animés de toute l'intrépidité de la jeunesse. Si ensuite, comme cela est arrivé dernièrement, on les récompense moins que les médecins qui auront assisté, en se bouchant le nez, à leurs dissections, la honte en sera à ceux-ci, qui n'auront pas dit à l'autorité de quel courage il faut être doué pour se livrer à de pareilles recherches.

Désormais, quand la peste régnera dans un pays quelconque, le médecin ne devra plus se diriger uniquement d'après les symptômes, ni dans le but d'expulser le venin pestilentiel, dont on ne connaît absolument que les effets, mais d'après l'état des viscères annoncé par les symptômes, et confirmé par l'ouverture des cadavres. L'observation des pestiférés n'a pas encore été faite dans cet esprit, et l'on ne peut en préjuger les résultats; mais il est permis d'espérer que le traitement de cette maladie deviendra, comme celui de tant d'autres, plus puissant qu'il n'a pu l'être jusqu'à l'instant où les bases de la véritable pathologie ont été affermies pour toujours.

PÉTÉCHIAL, adj., *petechialis*, *peticularis*; se dit de toute maladie dans le cours de laquelle des pétéchies se forment à la peau, et de cette éruption elle-même. *Voyez* PÉTÉCHIE, TYPHUS.

PÉTÉCHIE, s. m., *petechia*, *peticula*; taches rouges ou foncées, pourpres, violettes, brunes, noirâtres, qui se manifestent surtout aux régions latérales du cou, sur les épaules, les cuisses, les fesses et les jambes, à la face interne des bras, antérieure des avant-bras, dans le cours des maladies aiguës avec trouble de la circulation, dans les fièvres, en un mot, et quelquefois aussi sans aucun autre changement dans les organes. Elles ne forment aucune saillie, ne sont accompagnées d'aucune démangeaison, d'aucune douleur, d'aucune solution de continuité; le plus souvent elles ressemblent aux taches qui résultent de la piqûre des puces, avec cette différence qu'au centre de celles-ci sont un point plus foncé et la perforation. Les pétéchies sont ordinairement rondes, quelquefois irrégulières; elles ne disparaissent point par la pression. Leur couleur varie, change, même dans l'espace d'un jour; souvent on en voit de diverses couleurs; toutes les fois qu'elles se rap-

prochent du noir c'est une circonstance de très-mauvais augure. Leur étendue varie depuis celle d'une graine de millet ou de pavot jusqu'à celle d'une lentille; elles sont quelquefois à peine visibles, et l'on ne peut les découvrir qu'en les regardant de côté. Elles sont ordinairement tout à fait superficielles; mais quelquefois elles plongent dans le tissu de la peau, sans pour cela paraître plus inflammatoires. Presque jamais la desquamation ne leur succède. Leur nombre ne varie pas moins; tantôt elles sont rares et très-éloignées les unes des autres, tantôt elles sont innombrables.

Dans le cours des maladies aiguës, les pétéchies paraissent soit dès les premiers jours, soit, et plus fréquemment, du huitième au quatorzième jour. Cet état de la peau ne paraît déterminer aucun trouble sympathique, quand il est consécutif comme c'est le plus ordinaire, et moins encore quand il est primitif, ce qui est fort rare. On a voulu assigner des signes précurseurs aux pétéchies symptomatiques, mais on n'y a nullement réussi.

Lorsqu'elles sont primitives simples, non accompagnées d'un état morbide d'un viscère, à peine si elles méritent l'attention du médecin; ou du moins on ne prescrit contre elles aucun moyen; elles se dissipent promptement et sans aucun accident subséquent.

Lorsque les pétéchies sont consécutives, compliquées d'inflammation des viscères, accompagnées de symptômes nerveux, elles ne présentent non plus aucun sujet particulier d'indication, mais elles importent au médecin sous le point de vue du pronostic. C'est presque toujours un signe fâcheux que l'apparition des pétéchies dans le cours des maladies aiguës, souvent même, réunies à des signes graves, elles annoncent une terminaison funeste. En général, il est d'un mauvais augure de les voir disparaître promptement et subitement; cependant cette cessation brusque n'est quelquefois suivie d'aucun inconvénient; il n'y a donc rien de certain à cet égard que le danger que courent les malades chez lesquels se manifestent des pétéchies.

Quel est au juste l'état de la peau dans les points de son étendue où il existe des pétéchies? On l'ignore; l'anatomie pathologique de la peau est certainement la partie la moins avancée de cette science, qui est l'un des fondemens de la pathologie. Les pétéchies ne sont-elles que de véritables ecchymoses, comme le pense J.-P. Frank? On l'ignore. Dévilliers penche à croire que c'est le résultat d'une grande action du centre circulatoire, déterminée par une forte irritation, qui excite une continuité d'oscillations dans les vaisseaux capillaires, lesquels faisant des efforts pour se débarrasser du

sang qu'ils contiennent, forcent les vaisseaux exhalans à laisser échapper quelques gouttes de ce liquide, qui s'épanche ainsi dans les aréoles du tissu muqueux de la peau, et y forme des extravasations ou sortes d'ecchymoses. On ne sait rien de positif à cet égard.

L'abus des stimulans, des sudorifiques, des couvertures trop chaudes, en excitant vivement la peau y appelle quelquefois le sang, et y détermine la formation de pétéchies; ce ne serait qu'un bien léger inconvénient si cette apparition n'annonçait que ces moyens incendiaires ont augmenté l'irritation viscérale; on doit se garder de la provoquer, et quand elle a eu lieu par l'effet d'un traitement peu rationnel, il faut se hâter de revenir à celui qu'indique la lésion principale.

Cette influence des sudorifiques sur la production des pétéchies tend à faire reconnaître en elle un caractère inflammatoire, bien peu prononcé dans le seul phénomène qui puisse le décéler, la rougeur. Mais il est un fait qui prouve davantage à cet égard, c'est qu'on voit les pétéchies survenir dans le cours de la rougeole, de la variole et de la miliaire; or, il n'est pas possible de se refuser alors à les regarder comme l'effet d'un afflux actif du sang vers la peau.

On voit survenir des pétéchies dans le cours de quelques maladies chroniques; chez les phthisiques, les scorbutiques. Chez ces derniers, elles sont quelquefois le premier phénomène de la maladie. Sont-elles alors le résultat d'une stase du sang? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. On ne sait pas non plus si dans le scorbut il y a quelque indication à remplir pour les faire disparaître directement.

Il ne faut pourtant pas admettre au nombre des pétéchies, ni les VERGETURES, ni les ÉPHÉLIDES, comprises mal à propos sous le même nom par J.-P. Frank.

Les médecins italiens, à l'instar de quelques pères de la science, ont attribué trop d'importance aux pétéchies; plusieurs y voient le phénomène le plus notable, le plus caractéristique des fièvres dans le cours desquelles elles se manifestent; delà les noms de *fièvre pétéchiale*, *pétéchizante*, de *typhus pétéchial*, qui reparaissent dans leurs écrits, et qui ne se trouvent plus dans ceux des médecins français. Peut-être, d'un autre côté, traitons-nous les pétéchies avec trop de légèreté; il y a des recherches à faire sur cet exanthème, qu'on ne dédaigne peut-être que parce qu'il est fort petit. C'est en lui que plusieurs auteurs placent la source de la contagion de plusieurs épidémies, et notamment du typhus contagieux. *Voyez* TYPHUS.

PEUCÉDAN, s. m., *peucedanum*; genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères: involucre polyphylle et réfléchi; invo-

lucelle polyphylle et court; calice à cinq dents; cinq pétales égaux; fruit ovale, légèrement comprimé, strié, aminci sur les bords et presque ailé.

Le *peucedan officinal*, *peucedanum officinale*, plante vivace, qui croît naturellement dans nos provinces méridionales, où elle affectionne surtout les prés humides et les marais sujets à se dessécher, est remarquable par sa grosse et longue racine, noire en dehors, blanchâtre en dedans, qui laisse échapper, quand on l'incise, une liqueur jaune, d'une odeur virulente ou fétide. Ce suc gommo-résineux était employé autrefois en médecine, après qu'on l'avait fait épaissir au soleil ou sur le feu. On le prescrivait dans les inflammations chroniques de la membrane muqueuse des voies aériennes, comme propre à faciliter l'expectoration, ainsi que dans les affections hypocondriaques, et pour rétablir le cours suspendu des règles. En général, on le préconisait dans toutes les maladies nerveuses, quelles qu'elles fussent, probablement à cause de l'odeur désagréable qu'il exhale. On ne s'en sert plus aujourd'hui.

PEUPLIER, s. m., *populus*; genre de plantes de la dioécie octandrie, L., et de la famille des amentacées, J., qui a pour caractères : fleurs unisexuelles, disposées sur des châtons couverts d'écailles uniflores, imbriquées, lâches, frangées, palmées ou ciliées sur les bords. Chacune de ces fleurs est garnie d'un calice très-petit, très-entier, tubuleux, et tronqué obliquement. Les mâles ont huit étamines, à anthères oblongues et droites; les femelles un ovaire simple, point de style, ou un style très-court, et quatre stigmates. Capsule à deux loges, bivalve, contenant des graines aigrettées et laineuses.

Le *peuplier noir*, *populus nigra*, bel arbre qui aime les lieux humides, a ses bourgeons enduits, au printemps, d'un suc visqueux et résineux, qui répand une odeur balsamique assez agréable, et dont la saveur est amère. C'est à cette substance qu'ils doivent leur propriété stimulante, à raison de laquelle on en a introduit l'usage en médecine, où l'empirisme les a décorés de vertus vulnéraires, sudorifiques et diurétiques, dans le même temps que, par une bizarre contradiction, on les rangeait au nombre des adoucissans et des émolliens. C'est à ce dernier titre qu'ils entrent dans l'onguent POPULEUM.

PHAGÉDÉNIQUE, adj., *phagedenicus*; qui mange, qui ronge.

Les chirurgiens donnent cette épithète aux ulcères qui envahissent et détruisent peu à peu les parties voisines.

On l'applique aussi à tous les médicamens qui servent à réprimer et détruire les chairs fongueuses et les excroissances. Rigoureusement parlant, les seuls qui la méritent sont ceux qui brûlent les parties superflues, et y produisent des escarres

susceptibles de se détacher d'elles-mêmes au bout d'un certain temps. Mais on l'applique aussi, quoique improprement, à des substances qui ne sont qu'excitantes, et plus ou moins irritantes.

Les phagédéniques proprement dits sont l'alun calciné, l'oxide rouge de mercure, le sulfate et l'acétate de cuivre, le deuto-chlorure de mercure, l'acide nitrique, l'acide sulfurique, les alcalis caustiques, le chlorure d'antimoine et le nitrate d'argent fondu.

Une seule de ces substances a conservé le nom générique. C'est l'*eau phagédénique*, aujourd'hui presque inusitée. On la prépare en faisant dissoudre trente grains de deuto-chlorure de mercure dans une livre d'eau de chaux; la liqueur se trouble, et laisse déposer un sédiment jaune, qu'on remet en suspension par l'agitation, quand on s'en sert. Cette liqueur se compose de deuto-chlorure de mercure et d'hydrochlorate de chaux; la substance qui s'y trouve en suspension est du deutoxyde de mercure jaune-orangé.

PHALANGE, s. f., *phalanx;* nom donné par les anatomistes aux os des doigts et des orteils.

On compte quatorze phalanges à la main comme au pied; donc chaque doigt ou orteil en a trois, le pouce excepté, qui n'en possède que deux. Ces os, placés verticalement les uns au dessus des autres, sont distingués en premières, secondes et troisièmes, ou en métacarpiennes ou en métatarsiennes, moyennes et unguéales ou unguifères, ou enfin en phalanges proprement dites, phalangines et phalangettes.

Les premières phalanges des doigts sont au nombre de cinq. La plus longue est celle du doigt du milieu, et la plus courte celle du petit doigt, qui est en même temps la plus faible. Leur corps, légèrement courbé en avant, représente une sorte de gouttière dans laquelle se logent les tendons des muscles fléchisseurs, tandis que l'autre face est convexe et correspond aux tendons des extenseurs. Les parties latérales donnent attache aux gaînes fibreuses, et sont côtoyées par les vaisseaux et nerfs collatéraux. Leur extrémité inférieure est surmontée de deux petits condyles, séparés par une rainûre, qui s'articulent avec les secondes phalanges. La supérieure, plus volumineuse que l'autre, offre une cavité ovalaire, qui s'articule avec la tête de l'os métacarpien correspondant, et sur les côtés de laquelle s'élèvent des inégalités qui servent à l'insertion des ligamens latéraux.

Les secondes phalanges des doigts ne sont qu'au nombre de quatre, parce que le pouce en est dépourvu. Celle du doigt médius est la plus longue, et celle du petit doigt la plus mince et la plus courte. Leur extrémité inférieure et leur corps ressemblent à ceux des précédentes; seulement on y remarque,

en devant et sur chaque côté, des inégalités auxquelles les tendons du muscle fléchisseur sublime prennent leurs attaches. L'extrémité supérieure présente deux facettes concaves, encroûtées de cartilages, et séparées par une saillie médiane, qui s'articulent avec les deux petits condyles des premières phalanges; on y voit aussi, de chaque côté, des inégalités pour l'insertion de ligamens latéraux.

On compte aux doigts cinq dernières phalanges, dont celle du pouce est la plus considérable, et celle du petit doigt la moins volumineuse. Le corps de ces os est convexe en arrière et couvert par l'ongle; en devant il est concave à sa partie moyenne, qui donne attache au tendon du muscle fléchisseur profond, tandis que, sur les côtés, il correspond aux vaisseaux et aux nerfs collatéraux. L'extrémité inférieure est arrondie, fort inégale, plus applatie et plus large que le corps; elle se trouve en rapport avec la pulpe des doigts. La supérieure offre la même disposition que celle des phalanges moyennes; mais on y aperçoit de plus, en arrière, des empreintes destinées à l'insertion de l'extenseur commun.

Les premières et secondes phalanges digitales renferment un canal médullaire, et se développent par trois points d'ossification. Les troisièmes sont formées uniquement par du tissu celluleux recouvert d'une légère couche de tissu compacte, et n'ont que deux points d'ossification. Les premières s'articulent en arrière avec les os du métacarpe, dont les têtes sont reçues dans la facette concave et superficielle qu'on remarque sur leurs extrémités supérieures, et devant avec les secondes phalanges. Les articulations interphalangiennes sont des ginglymes parfaits, produits par deux petits condyles latéraux reçus dans deux petites cavités analogues, et maintenus en situation tant par une capsule synoviale qui facilite le glissement des surfaces, que par trois ligamens, un antérieur et deux latéraux. Il résulte de cette différence entre les phalanges de la première rangée et celles des deux autres, que les premières peuvent exécuter quatre mouvemens, savoir : ceux de flexion, d'adduction, d'extension et d'abduction, celle du pouce exceptée, qui est bornée à l'extension et à la flexion, tandis que les autres ne sont susceptibles que de ces deux derniers mouvemens. Du reste, la disposition des surfaces articulaires est telle, que la flexion a beaucoup plus d'étendue que l'extension.

Les phalanges des orteils diffèrent peu de celles des doigts.

Les premières, ou métatarsiennes, au nombre de cinq également, sont plus courtes et plus grêles que les digitales, et vont toujours en diminuant de longueur depuis celle du pouce, qui est aplatie et très-volumineuse.

Les secondes, au nombre de quatre seulement, parce que

le gros orteil en est dépourvu, sont très courtes et comme cubiques.

Les troisièmes, dont on compte aussi cinq, sont très-petites et de forme à peu près pyramidale. Celle du gros orteil surpasse de beaucoup les quatre autres en volume.

Les articulations et les moyens d'union de ces os sont les mêmes qu'à la main, aussi bien que les mouvemens. En effet, les premières phalanges jouissent de mouvemens à tous sens, à l'exception de la rotation, tandis que les deux dernières ne sont susceptibles que de flexion et d'extension. Du reste, elles peuvent exécuter une extension aussi considérable, plus forte même que la flexion, particularité qui les distingue des phalanges digitales, et qui contribue puissamment au mécanisme de la progression.

Courtes, solides et n'offrant que peu de prise à l'action des corps extérieurs, les phalanges des doigts, de même que celles des orteils, ne sont jamais fracturées que par des causes directes, qui en même temps portent leur action sur les parties molles, et déterminent des contusions ou des écrasemens plus ou moins considérables. Ces fractures sont faciles à reconnaître à la difformité produite par le déplacement des fragmens, à la mobilité de ceux-ci, à la crépitation que l'on développe en les faisant agir l'un sur l'autre. La réduction s'opère en tirant sur le doigt malade et en le ramenant à sa conformation normale, tandis qu'un aide soutient le poignet et la main. La phalange fracturée doit ensuite être entourée d'une compresse imbibée d'une liqueur résolutive; puis deux attelles, minces et flexibles, de bois tendre ou de carton, sont appliquées sur les faces dorsale et palmaire de l'organe, et fixées par quelques tours de bande. Afin de prévenir plus sûrement la mobilité du doigt blessé, il convient de le réunir à ceux qui l'avoisinent, et de les envelopper tous dans les mêmes circulaires; cette attention prévient sûrement les inclinaisons latérales qu'il pourrait éprouver. Vingt-cinq à trente jours suffisent pour la consolidation, après laquelle la raideur des articulations phalangiennes se dissipe graduellement par l'exercice.

Boyer établit qu'il faut amputer la dernière phalange lorsqu'elle est écrasée avec les parties molles qui la recouvrent. Ce précepte est trop général, et peut entraîner à retrancher des parties dont la conservation serait encore possible. Nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit à l'article DOIGT, sur la nécessité de ne recourir aux ablations de ce genre que dans les cas les plus graves, et lorsque l'impossibilité de guérir le sujet sans ce moyen est parfaitement démontrée.

Les *luxations* des articulations interphalangiennes sont très-rares. Elles n'ont presque jamais lieu qu'en arrière. L'é-

tendue des condyles des secondes et des premières phalanges, ainsi que la force des ligamens latéraux, rendent les déplacemens, en avant ou sur les côtés, extrêmement difficiles. Lorsque la seconde phalange est portée en arrière du sommet de la première, on la trouve renversée du côté de l'extension, et formant avec la base du doigt un angle plus ou moins ouvert; la troisième phalange est fléchie par l'allongement du tendon du muscle fléchisseur profond, et il est impossible de l'étendre. Un semblable déplacement ne saurait présenter d'obscurité, à raison du peu d'épaisseur des parties molles qui entourent les articulations affectées. Afin d'opérer la réduction, la main doit être retenue par un aide, et inclinée dans la demi-flexion; le chirurgien saisit ensuite la portion luxée du doigt, l'étend avec force, et à l'instant où la base de la phalange cède et se dégage, il la fléchit et la ramène à sa rectitude normale. Un aide peut aussi se charger de cette manœuvre, tandis que le chirurgien, appuyant sur les portions osseuses déplacées, et les poussant en sens inverse, opère la coaptation. Lorsqu'elles sont récentes, ces luxations sont assez facilement réduites; mais si elles étaient anciennes, il est probable que l'on ne réussirait pas sans de grandes difficultés. Des compresses trempées dans une liqueur résolutive, un bandage roulé et quelques jours de repos suffisent pour prévenir le développement d'une vive irritation après le replacement des parties, et pour rendre la jointure au libre exercice de ses mouvemens.

C'est toujours entre les phalanges que l'on pratique les *amputations* partielles des doigts. Ces opérations, bien qu'elles ne présentent jamais de grandes difficultés, exigent cependant, pour être exécutées avec l'assurance et la rapidité convenables, une habitude que l'on n'acquiert que par le fréquent exercice sur les cadavres. Par un premier procédé, qui est le plus facile et le plus convenable dans les cas ordinaires, la main étant soutenue par un aide, qui écarte les autres doigts, et isole en quelque sorte celui sur lequel on va opérer, le chirurgien saisit de la main gauche la phalange à retrancher, et la fléchit à angle droit sur celle qui la supporte. La base de la lame d'un bistouri étroit et mince est ensuite appliquée sur la partie postérieure de la jointure, et dirigée sur la saillie qu'elle forme, à peu près comme si l'on voulait fendre en travers et de bas en haut la phalange qui reste. La peau et la capsule articulaire sont divisées d'un seul coup; on coupe ensuite, à droite et à gauche, les ligamens latéraux, et, insinuant la lame de l'instrument entre les surfaces osseuses, on termine l'opération en taillant, aux dépens de la peau de la face palmaire du doigt, un lambeau assez étendu pour recouvrir toute la plaie.

Lisfranc a pensé qu'il pourrait être quelquefois utile de commencer l'amputation par la formation de ce lambeau. Pour cela, le doigt étant étendu et saisi entre le doigt indicateur de la main gauche, porté derrière la jointure à ouvrir, et le pouce que l'on applique sur la pulpe qui garnit l'extrémité de la dernière phalange, le bistouri, tenu à plat, de la main droite, est transversalement enfoncé au devant de l'articulation. Son tranchant, dirigé vers l'extrémité de l'organe, permet de tailler aisément, aux dépens de sa face palmaire, un lambeau qui, relevé aussitôt par un aide, laisse à découvert la partie antérieure de la capsule. On incise ensuite celle-ci, et l'on termine l'opération par la section des tégumens de la face dorsale du doigt. Afin de ne pas manquer la jointure, il faut porter le bistouri immédiatement sous le pli que l'on remarque au devant d'elle, si l'on emporte la seconde phalange, et à une ligne environ plus bas, lorsque l'on opère entre la seconde et la troisième de ces pièces osseuses. Ce procédé présente le triple inconvénient de piquer les tissus au lieu de les trancher, d'exposer à heurter contre les surfaces des os et à y laisser la pointe des instrumens, enfin, de multiplier les douleurs de l'opération. Les circonstances qui ne permettent pas de fléchir le doigt pour l'amputer entre les phalanges sont très-rares, et si l'on devait absolument commencer par former le lambeau palmaire, il conviendrait de le circonscrire par une incision demi-circulaire, dirigée de bas en haut, et d'arriver ainsi d'un seul coup à la face antérieure de l'articulation.

Le chirurgien que nous venons de nommer a proposé de rendre les tendons des muscles fléchisseurs adhérens à la première phalange des doigts avant d'amputer la seconde, et de prévenir ainsi l'immobilité que conserve très-souvent cette pièce osseuse après l'opération ordinaire. Ce but peut être atteint, au moyen d'une incision faite au milieu de la face palmaire de l'organe, et de la division en long des tendons fléchisseurs. Leur capsule étant ouverte, et leur continuité attaquée, ils contractent bientôt des adhérences avec l'os. Lorsque la plaie est cicatrisée, on ampute les deux dernières pièces des doigts, et la base demeure aussi mobile que l'était la seconde phalange. Ce procédé a plusieurs fois réussi à quelques chirurgiens militaires; mais il exige deux opérations. L'incision de la gaîne des tendons expose d'ailleurs à des inflammations graves de la membrane synoviale qui la tapisse; les tendons coupés à l'endroit de la jointure, dans l'opération ordinaire, contractent, avec l'extrémité de la phalange, des adhérences à peu près aussi utiles que celles dont on se propose de déterminer la formation par leur incision. Nous doutons que ce procédé se conserve parmi ceux dont l'expérience sanctionne les avantages.

PHALLITE, s. f., *phallitis;* inflammation de la totalité de la VERGE; quand elle est partielle, on l'appelle URÉTRITE, si elle est bornée à l'urètre; BALANITE, si le gland seul est enflammé; POSTHITE, quand le prépuce est seul le siége de l'inflammation. *Voyez* PHIMOSIS et PARAPHIMOSIS.

PHARMACEUTIQUE, adj.; qui a rapport à la pharmacie. On donne le nom de *produits pharmaceutiques* aux résultats d'opérations faites d'après les règles de l'art du pharmacien, et on les partage en *magistraux* et *officinaux*, suivant qu'on les prépare extemporanément, d'après une formule prescrite par un médecin, ou qu'on les conserve pendant un certain temps pour l'usage médical.

PHARMACIE, s. f., *pharmacia;* art de connaître, recueillir, choisir et conserver les médicamens simples, et de préparer les médicamens composés.

La pharmacie n'est devenue un art régulier que depuis qu'abandonnant l'empirisme, qui fut si long-temps son seul guide, elle s'est éclairée du flambeau de la chimie. Aujourd'hui, dit avec raison Morelot, elle n'est plus un art seulement mécanique; c'est une connaissance certaine et évidente des phénomènes. Elle est fondée sur la démonstration; l'exercice manuel de ses opérations est soumis à des règles constantes, invariables, ordonnées par les préceptes qu'a dictés la science. Il n'existe pas un seul mélange de deux ou plusieurs corps, qu'il n'y ait, soit plus tôt, soit plus tard, changement de propriétés physiques, chimiques ou médicinales, dans le composé qui en résulte. En un mot, la pharmacie n'est plus maintenant qu'une application pratique de la chimie aux besoins de la médecine. Elle s'est débarrassée peu à peu d'une foule de préparations composées, dont l'empirisme seul avait dicté les formules; mais la réforme a besoin d'être poussée plus loin encore, ce qu'on ne peut attendre que des progrès de la thérapeutique elle-même, qui contribueront sans doute à simplifier les prescriptions des praticiens, et à restreindre de beaucoup l'emploi des préparations dans lesquelles il entre à la fois plusieurs substances médicamenteuses différentes.

PHARMACIEN, s. m.; celui qui prépare des médicamens et qui les débite au public dans une officine. Ce terme, et celui d'apothicaire sont employés indifféremment, et ont la même acception d'après l'usage reçu.

Aux qualités qui devraient distinguer tous les marchands, le pharmacien doit en joindre d'autres encore, qui tiennent à la nature même de ses fonctions, à la nécessité dont il est pour lui d'inspirer et de mériter la confiance. Ainsi, une probité scrupuleuse, une prévoyance extrême, et un esprit méthodique, lui sont indispensables. Dans son officine, a dit Cadet

de Gassicourt, il doit veiller à ce que chaque ordonnance soit exécutée avec le plus graud soin, et lue ensuite une fois encore, afin que l'on soit bien certain de n'avoir rien oublié. Les ordonnances doiveut être exécutées suivant l'ordre de leur arrivée, à moins que quelque circonstance pressante ne commande une exception, et on doit les expédier avec toute la promptitude possible pour ne pas faire attendre les malades. Dans tous les cas, il faut les exécuter strictement, sans rien omettre, substituer, ni ajouter; cette règle ne peut souffrir d'exception que dans le cas d'une erreur évidente sous le rapport, soit de la dose d'un médicament dangereux, soit de l'association de substances incompatibles.

PHARMACOLOGIE, s. f., *pharmacologia;* partie de la médecine qui s'occupe des médicamens, de leur histoire, de leur composition intime, de leur préparation, des effets que leur emploi produit dans le corps vivant, et des avantages que la thérapeutique peut retirer de leur opération. On la désigne aussi sous le nom de *matière médicale*, ou bien on la partage en trois branches distinctes, la *matière médicale* proprement dite, qui traite de l'histoire naturelle des substances médicinales; la *pharmacie*, qui enseigne à les préparer, à les conserver, à les combiner; enfin la *thérapeutique*, qui a pour objet d'étendre les phénomènes qu'elles produiseut sur l'homme dans l'état de maladie, et de tracer les règles qu'on doit suivre dans leur administration.

PHARMACOPÉE, s. f., *pharmacopœa*, *codex medicamentarius;* ouvrage dans lequel sont indiqués tous les médicameus simples et composés, avec la manière de les préparer; recueil de formules commandées par une faculté pour l'usage public, ou choisies par un médecin pour son propre usage. Il est donc des pharmacopées nationales, et des pharmacopées qu'on peut appeler privées, parce qu'elles ne sont pas obligatoires : ce sont les recueils appelés *formulaires.* Il a fallu en effet que les pharmaciens fussent astreints à tenir toutes prêtes certaines préparations pour les cas urgens et pour l'emploi journalier; et, d'un autre côté, il est permis à tout médecin d'indiquer à ses confrères les formules qui lui ont paru propres à favoriser l'administration et l'action des médicamens. Chacune des nations civilisées a sa pharmacopée légale, plus ou moins différente de toutes les autres : c'est certainement là une sorte de satire contre la médecine; mais, ce qui est plus étrange, c'est qu'en France, par exemple, et ailleurs, il existe une pharmacopée nationale, une pharmacopée des hospices civils, et une pharmacopée des hôpitaux militaires. L'humanité attend, et sans doute elle attendra long-temps encore, un Montesquieu qui fasse l'esprit des lois pharmaceutiques.

Il est très-incommode de chercher, dans les diverses parties d'un ouvrage méthodique, tous les documens nécessaires pour formuler; il est certaines préparations dont la composition, les proportions, échappent à la meilleure mémoire, et doivent pourtant lui être continuellement présentes; il est donc utile qu'il y ait des livres qui soient spécialement consacrés à indiquer ces préparations, à rassembler ces documens, à rappeler des formules que le temps a consacrées, à donner des modèles de formules pour l'usage journalier. Malheureusement, c'est l'objet sur lequel le charlatanisme spécule avec le plus d'effronterie.

PHARYNGIEN, adj., *pharingæus;* qui a rapport ou qui appartient au pharynx.

Les *artères pharyngiennes* sont au nombre de deux, qu'on distingue en supérieure et en inférieure.

La *supérieure*, une des branches qui résultent de l'épanouissement de la maxillaire interne dans le fond de la fosse zygomatique, traverse le canal ptérygo-palatin d'avant en arrière, et se répand sur la partie supérieure, antérieure et latérale du pharynx, où elle s'anastomose avec la suivante.

L'*inférieure*, beaucoup plus volumineuse que la supérieure, tire son origine du côté interne de la carotide externe, presque toujours vis-à-vis celle des artères auriculaire postérieure et occipitale, parcourt ensuite profondément un court trajet de bas en haut, entre l'artère carotide interne et les côtés du pharynx, puis se répand dans les parois de ce sac, où elle s'anastomose avec celle du côté opposé et avec la supérieure.

On appelle *plexus pharyngien* un entrelacement de filets nerveux d'où proviennent tous les nerfs du pharynx. Ce plexus est situé, de chaque côté, sur la partie supérieure, latérale et postérieure du pharynx, à la face externe des deux constricteurs, supérieur et moyen. Ses mailles, irrégulières, plus ou moins nombreuses selon les individus, et de couleur grisâtre, envoient sur tout le pharynx des ramifications multipliées et souvent fort étendues, dont quelques-unes remontent dans le constricteur supérieur, tandis que d'autres descendent dans l'inférieur, et qu'une ou deux, qui suivent l'artère carotide interne, s'anastomosent avec des filets des ganglions cervicaux, sur l'artère carotide primitive. Ce plexus est formé par deux gros rameaux du nerf glosso-pharyngien, qui portent le nom de *pharyngiens*, et par plusieurs autres filets moins considérables de la même paire; par le rameau pharyngien du pneumo-gastrique; par quelques filets du laryngé supérieur; enfin, par quelques filets très-mous et très-déliés qui sont fournis par le ganglion cervical supérieur.

PHARYNGITE, s. f., *pharyngitis*, *angina pharyngæa*, inflammation du pharynx. *Voyez* ANGINE *pharyngée* et PHARYNX.

PHARYNGORRAGIE, s. f., *pharyngorrhagia*; crachement de sang provenant du pharynx; il accompagne la pharyngite; dans ce cas, le sang est dissous dans la salive, et mélangé uniformément avec le mucus pharyngien; phénomène peu étudié jusqu'ici.

PHARYNGO-STAPHYLIN, s. m. et adj., *pharyngo-staphylinus*; nom d'un muscle pair, mince, aplati de dedans en dehors à sa partie inférieure, et d'avant en arrière à sa partie supérieure, qu'on découvre dans l'épaisseur du pilier postérieur du voile du palais, et qui est placé ainsi sur les côtés du pharynx. Né, par quelques fibres, du cartilage thyroïde, et, par d'autres plus nombreuses, d'un entrelacement charnu qui lui est commun avec le stylo-pharyngien et le constricteur moyen, il monte dans le pilier postérieur du voile du palais, en se resserrant sur lui-même; puis, lorsqu'il pénètre dans le voile, s'élargit de nouveau, s'aplatit en sens opposé, et va se fixer à l'aponévrose du muscle péristaphylin externe, et à la partie postérieure de la voûte palatine.

PHARYNGOTOME, s. m., *pharyngotomus*; instrument imaginé par J.-L. Petit, et destiné, soit à scarifier les amygdales, soit à ouvrir les abcès du pharynx. Il est composé d'une gaîne aplatie, longue de deux à trois pouces, dans laquelle est renfermée une lame étroite, terminée à son extrémité par une pointe de lancette, qui, lorsqu'on presse sur un bouton qu'elle supporte du côté opposé, peut faire une saillie de quatre à cinq lignes. Un ressort, placé dans l'instrument, fait rentrer la lame aussitôt que l'on cesse de la porter au dehors. Un bistouri droit, dont on entoure la lame de linge jusqu'à deux lignes de sa pointe, remplace toujours avantageusement le pharyngotome.

PHARYNGOTOMIE, s. f., *pharyngotomia*; opération qui consiste dans l'incision des parois du pharynx. Il est très-rare que l'extraction des corps étrangers exige l'ouverture de l'espèce de poche qui précède l'œsophage, et c'est réellement l'ŒSOPHAGOTOMIE que l'on pratique dans tous les cas de ce genre.

PHARYNX, s. m., *pharynx*. On donne ce nom, ou ceux d'*arrière-bouche* et de *gosier*, à une grande cavité qui fait suite à celle de la bouche et des fosses nasales; et qui sert d'orifice commun aux voies respiratoires et digestives. C'est une sorte de canal musculo-membraneux, situé sur la ligne médiane du corps, symétrique par conséquent, et irrégulièrement infundibuliforme, qui s'étend depuis la base du crâne jusqu'à la ré-

gion moyenne du cou, à peu près. De même que tous les organes creux, il offre une face externe, une face interne, et deux extrémités, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Sa face externe, plane en arrière, s'y applique contre la partie antérieure des vertèbres cervicales, les muscles droits antérieurs de la tête et long du cou, et le ligament vertébral commun antérieur, parties auxquelles elle ne tient que par un tissu cellulaire dans lequel il ne s'amasse jamais de graisse, et y présente, dans son milieu, une ligne cellulo-aponévrotique produite par la réunion postérieure des muscles dont se compose chaque moitié latérale du pharynx. On ne peut l'apercevoir qu'après avoir pratiqué, sur la tête, une coupe verticale passant immédiatement devant les condyles de l'os occipital, entre les apophyses styloïdes et mastoïdes. En devant, cette face du pharynx se continue avec les cavités orale et nasale. Sur les côtés, elle est en rapport avec les artères carotides primitives; en bas, avec les carotides internes et une petite portion des muscles ptérygoïdiens internes; en haut, enfin, avec les veines jugulaires internes, les nerfs pneumo-gastriques, et le grand sympathique dans toute son étendue.

La face interne, un peu plus étendue que l'externe, en raison des diverses saillies qu'on y remarque, est concave dans presque tous les points de sa circonférence. En arrière, elle offre une surface assez large, légèrement concave, d'une couleur rosée, presque entièrement lisse, et parsemée seulement de légères saillies, qui sont produites par des glandes mucipares. En devant, elle présente une disposition plus irrégulière et des objets plus importans qu'en arrière. On y aperçoit d'abord, en haut, les arrière-narines; plus bas, le voile du palais et l'isthme du gosier; enfin, plus bas encore, la base de la langue, l'épiglotte et l'ouverture du larynx. Ces diverses parties forment un plan incliné d'avant en arrière. Sur les côtés, la face interne du pharynx est très-convexe, et n'offre rien de remarquable, si ce n'est qu'on y remarque deux espèces de gouttières, à la partie supérieure et antérieure desquelles se voient les orifices internes des trompes d'Eustache.

L'extrémité supérieure du pharynx représente un cul-de-sac qui adhère d'une manière solide à l'apophyse basilaire de l'os occipital, par le moyen de l'aponévrose céphalo-pharyngienne.

L'inférieure est terminée par une espèce de rétrécissement qui se continue avec l'œsophage.

Les parties qui entrent dans la composition du pharynx sont une membrane muqueuse, des muscles, des vaisseaux et des nerfs.

La membrane muqueuse est un segment de celle qui tapisse

toute l'étendue des voies digestives. Elle a une teinte rosée; elle est lisse, dépourvue de villosités, et garnie seulement de quelques inégalités dues à la présence des follicules mucipares. Plus épaisse en haut qu'en bas, elle est recouverte d'un mince épiderme, et plissée dans sa portion correspondante au larynx. On y remarque une multitude de vaisseaux capillaires. Ses follicules, de forme ovoïde, sont assez volumineux, garnis d'orifices fort apparens, et plus abondans supérieurement qu'inférieurement.

Les muscles du pharynx sont au nombre de dix, cinq de chaque côté, trois constricteurs, distingués en supérieur, moyen et inférieur, le stylo-pharyngien et le pharyngo-staphylin.

Ses artères principales sont les pharyngiennes supérieure et inférieure. On y voit en outre quelques ramifications des palatines inférieures et des thyroïdiennes, tant supérieures qu'inférieures.

Ses veines se rendent dans les jugulaires internes, les thyroïdiennes et les labiales.

Les lymphatiques aboutissent aux ganglions situés près de la bifurcation de la veine jugulaire interne.

Les nerfs viennent des glosso-pharyngiens, des pneumogastriques, et des ganglions cervicaux supérieurs et moyens, dont les filets entrelacés constituent le plexus pharyngien.

Les lésions du pharynx sont les *corps étrangers*, les *plaies*, l'*inflammation*, les *abcès*, les *ulcères*, les *polypes*, le *cancer*, l'*hémorragie* ou PHARYNGORRAGIE, la *paralysie*, le *spasme*.

Les *plaies* du pharynx ne sont pas très-rares; leur situation et l'écoulement des matières ingérées au dehors entre leurs lèvres ne permettent pas de les méconnaître. Elles exigent, comme les solutions de continuité de l'œsophage, le repos, l'inclinaison de la tête en avant, l'introduction à demeure de la sonde œsophagienne, et l'emploi des moyens antiphlogistiques généraux et locaux susceptibles de prévenir ou de combattre l'inflammation qui tend à leur succéder.

Presque toujours accessibles à la vue et au doigt, les *corps étrangers* arrêtés dans le pharynx proprement dit peuvent en être assez facilement retirés au moyen de pinces longues, recourbées en demi-cercle sur leurs bords, et dont les mors ne se touchent que par leurs extrémités. Ces instrumens doivent être guidés par le doigt indicateur jusque sur le corps à extraire.

Les *polypes* implantés sur la membrane muqueuse du pharynx sont très-rares, et plus rarement encore ils acquièrent un volume considérable. Si leur pédicule était très-rapproché de l'ouverture postérieure des fosses nasales, il faudrait les lier

suivant le procédé employé pour ces derniers. Dans le cas contraire, on pourrait les saisir par la bouche avec des pinces, et glisser ensuite un nœud de ligature jusque sur leur base, au moyen d'un porte-nœud. Lorsqu'ils sont très-petits, l'excision serait préférable à tous ces procédés.

La pharyngite donne quelquefois lieu à la formation d'abcès sous-muqueux assez considérables. On reconnaît les tumeurs de ce genre à la gêne qu'elles occasionent, à leur surface rouge, bleuâtre et luisante, à leur mollesse et à la phlogose qui a précédé leur apparition. Souvent elles s'ouvrent spontanément dans l'arrière-bouche; mais quelquefois on est obligé de les inciser, au moyen, soit du pharyngotôme, soit, ce qui est plus simple et non moins sûr, à l'aide d'un bistouri dont la lame est entourée de linge jusque près de sa pointe. Quelques gargarismes suffisent après l'opération pour assurer la guérison.

Les ulcères appelés syphilitiques et les érosions cancéreuses du pharynx n'exigent pas d'autre traitement que les mêmes lésions qui affectent d'autres divisions des membranes muqueuses; c'est-à-dire qu'il faut leur opposer des adoucissans, des saignées locales, et recourir aux moyens intérieurs que réclame l'état général de la constitution.

L'*inflammation* du pharynx appelée *pharyngite*, et plus souvent *angine gutturale* ou *pharyngée*, constitue, à l'état aigu, une variété grave de l'ANGINE, dont il a été parlé à l'occasion de cette maladie. Nous n'y avons fait mention que de celle qui est assez intense pour mériter spécialement l'attention du médecin; nous n'avons point mentionné l'inflammation peu intense qu'on observe si souvent au pharynx dans le cours des phlegmasies aiguës très-graves de l'estomac; celle qu'on observe plus souvent encore dans le troisième degré des phlegmasies chroniques du poumon; celle qui donne lieu au développement d'*ulcères* appelés *scorbutiques*, *syphilitiques*, dont on s'occupe beaucoup plus que de l'inflammation qui les produit; ulcères traités, pour l'ordinaire, ceux-là par les astringens minéraux et les végétaux qui contiennent une huile volatile, ceux-ci par les préparations mercurielles, qui les produisent souvent chez les personnes qui en sont exemptes. Le *cancer* du pharynx est une maladie heureusement fort rare; tantôt il a lieu par la dégénérescence des polypes de la membrane muqueuse pharyngée, tantôt il résulte d'une dégénérescence primitive du pharynx lui-même. Les symptômes de cette terrible affection, peu commune, sont très-peu caractéristiques. Ils se réduisent d'abord à un sentiment de gêne dans le gosier, un léger embarras de la déglutition; peu à peu ils augmentent d'intensité; des douleurs lancinantes, une sorte de fourmille-

ment se font sentir dans le fond de la gorge; la déglutition devient douloureuse; les boissons refluent dans l'orifice postérieur des fosses nasales, et surtout par le nez, malgré les efforts du malade pour les avaler. Quelquefois, lorsqu'on examine le pharynx, on distingue une tuméfaction dure, non circonscrite, non douloureuse à la pression, excepté lorsqu'il s'y manifeste de l'inflammation. L'induration gagne peu à peu la plus grande partie du pharynx, puis le voile du palais et les orifices postérieurs des fosses nasales. Il s'y forme un ulcère inégal, à bords durs, arrondis et renversés, blafard ou blanchâtre; les douleurs lancinantes sont alors extrêmement vives. Des végétations nombreuses s'élèvent de la surface ulcérée, et prennent assez souvent la forme d'un choufleur, obstruant toute la cavité du pharynx; ou s'appliquant sur les orifices postérieurs des fosses nasales, empêchent le passage de l'air et gênent la respiration par le nez. La voix s'altère tôt ou tard, et finit par s'éteindre; dans les derniers temps, les malades rendent une matière fétide formée par le mélange de la salive avec la suppuration et le putrilage qui découlent de l'ulcère; la déglutition, de plus en plus difficile, finit par être impossible; le malade tombe ordinairement dans le marasme; il s'éteint sans agonie, subitement ou lentement, et d'inanition, si l'on ne parvient à lui introduire, par les narines, une sonde dans l'œsophage, à l'aide de laquelle on fait couler du bouillon ou du lait jusque dans l'estomac. Les ganglions lymphatiques du cou sont quelquefois tuméfiés ou squirreux.

Quelle ressource existe-t-il contre cette maladie? Aucune; mais il y a quelque motif de croire qu'on peut la prévenir par un régime sévère et la précaution d'éteindre avec soin toute espèce d'angine aiguë répétée ou chronique, et par conséquent continue, qui paraît en être la source.

Les gargarismes narcotiques, sédatifs ou astringens, avec l'opium, l'acétate de plomb, l'acide sulfurique, selon qu'il y a de la douleur ou des hémorragies, sont les seuls palliatifs qu'il faille employer, selon Bayle, à qui nous empruntons la description qu'on vient de lire.

A l'ouverture des cadavres, dit-il, on trouve les parois du pharynx épaisses, dures, squirreuses; il y a rarement de la matière cérébriforme. La dégénération s'étend plus ou moins aux parties environnantes qui ne forment avec le pharynx qu'une seule masse squirreuse au milieu de laquelle on peut à peine les distinguer. La membrane muqueuse est presque toujours distincte, ainsi que la couche musculaire, quoique l'une et l'autre soient entièrement dégénérées, excepté toutefois quand le squirre est très-ramolli. Quelquefois, ajoute cet

auteur, on reconnaît que la maladie a commencé par une masse squirreuse qui, développée primitivement dans le tissu cellulaire des environs du pharynx, a contracté des adhérences avec cet organe, et l'a, pour ainsi dire, entraîné dans sa dégénérescence. Ceci signifie seulement que la dégénérescence a commencé, en pareil cas, dans le tissu cellulaire, ou plutôt que la membrane muqueuse et la couche musculaire du pharynx sont peu lésées, tandis que le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-musculaire ont acquis un grand développement, étant spécialement envahis par la dégénérescence.

Bayle dit que les maladies qui ont été prises quelquefois pour le squirre ou le cancer du pharynx, sont : la tuméfaction chronique des amygdales, effet d'une phlegmasie chronique; certains ulcères vénériens larges, profonds, douloureux, exaspérés par un mauvais traitement, à la surface desquels ou remarque une sorte de couenne grisâtre ou blanchâtre qui leur est particulière; les ulcères mercuriels caractérisés par la blancheur argentine de leur surface; les ulcères scrofuleux, scorbutiques ou autres, quelquefois compliqués de carie des os voisins, et recouverts de fongosités semblables aux végétations cancéreuses.

Il est certain que des ulcères de toutes ces espèces peuvent exister dans le pharynx; mais, pour les confondre avec les ulcères cancéreux, il faudrait n'avoir aucun égard aux douleurs lancinantes qui accompagnent nécessairement ceux-ci : dira-t-on qu'elles se font sentir aussi dans les autres ulcères; mais alors quelle différence y a-t-il entre eux et les ulcères cancéreux? Bayle s'est beaucoup trop attaché à établir la ligne inapercevable qui sépare, dans le diagnostic, le cancer des autres altérations de tissu moins profondes.

La constriction spasmodique du pharynx est un symptôme assez commun, si on en juge d'après ce que disent les malades; beaucoup d'entre eux se plaignent, dans le cours des maladies aiguës où le cerveau est plus ou moins affecté, de ressentir une gêne, un sentiment de constriction vers le passage des alimens. Dans les névroses, l'hystérie surtout, ce symptôme est fréquent, ou du moins les malades disent presque constamment qu'ils éprouvent une sorte d'étranglement vers cette partie; est-ce le résultat d'une véritable constriction tétanique, ou n'est-ce qu'une de ces sensations morbides, symptômes d'une irritation encéphalique, et que rien ne provoque dans l'organe auquel on les rapporte? La constriction du pharynx est au plus haut degré d'intensité dans l'hydrophobie, et paraît en ce cas dépendre de la phlogose des voies respiratoires et digestives, sans que pour cela le système nerveux n'y prenne point de part.

Il ne faut pas confondre la gêne de la déglutition, effet du spasme du pharynx, avec celle qui provient au contraire de la *paralysie* de ce tube musculo-membraneux; dans l'une, le pharynx est oblitéré par la contraction tonique de ses fibres musculaires; dans l'autre, il ne se contracte plus, il ne remplit pas le rôle qui lui est assigné dans la déglutition. La paralysie du pharynx n'a lieu que dans les pertes subites de connaissance, les apoplexies, les syncopes, ou peu avant la mort; c'est un des signes avant-coureurs les plus certains de la cessation prochaine de l'action organique.

Le traitement de la paralysie et du spasme du pharynx ne présente point d'indications particulières; si ces lésions ont été quelquefois primitives, elles ont été mal observées, traitées empiriquement, celle-là par les excitans, celle-ci par les antispasmodiques.

Il est une cause qui apporte un obstacle considérable et parfois insurmontable à la déglutition, c'est la compression du pharynx par une tumeur développée dans le voisinage de ce conduit; mais les exemples de ce genre sont bien peu nombreux, par conséquent on ne peut établir aucune vue générale relative à ce sujet. *Voyez* DYSPHAGIE.

PHELLANDRE, s. m., *phellandrium;* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères : ombelles sans involucres ; involucelles à sept feuilles; fleurs du disque plus petites que celles du centre; calice à cinq dents persistantes; cinq pétales cordiformes et inégaux; fruit ovale, strié ou sillonné, et couronné par les dents du calice.

Le *phellandre aquatique*, *phellandrium aquaticum*, connu aussi sous le nom de ciguë aquatique, est une plante bisannuelle qui habite les étangs et les lieux inondés, où elle s'élève ordinairement à deux ou trois pieds, quelquefois même davantage. Toutes ses parties, surtout ses feuilles, exhalent une odeur forte et désagréable. On doit ranger cette plante parmi les végétaux suspects, quoiqu'elle paraisse moins dangereuse que la ciguë proprement dite, et que nous manquions d'observations assez exactes pour pouvoir bien apprécier son action sur l'économie animale. Cependant quelques médecins lui ont prodigué de grands éloges comme médicament, et l'ont vantée comme un fébrifuge plus efficace même que le quinquina, comme un remède presque souverain contre le cancer, les ulcères, les contusions, la gangrène, les hydropisies, le scorbut, l'asthme, la phthisie pulmonaire et l'hypocondrie. Il suffit de cette longue énumération de maladies disparates pour faire apprécier les prétendues propriétés médicinales du phellandre. Rien de ce qu'on a écrit sur ce végétal ne porte le cachet d'une

observation sévère, et les qualités vireuses dont il est doué doivent engager à n'y recourir qu'avec la plus grande circonspection.

PHIMOSIS, s. m., *phimosis;* maladie qui consiste dans le rétrécissement congénial ou morbide de l'ouverture du prépuce, qui, dès lors cesse de pouvoir glisser derrière le gland et de découvrir cet organe. Il est des hommes qui ont le prépuce naturellement long, étroit, resserré à son extrémité et dont le gland n'a jamais pu être découvert. Diverses incommodités résultent de cette disposition, qui est moins une maladie qu'une conformation anormale, dont il sera question à l'article PRÉPUCE.

Le phimosis appelé accidentel par les auteurs est presque constamment le produit ou de l'inflammation et de l'engorgement du repli cutané qui recouvre le gland, ou de la tuméfaction de cet organe, ou, enfin, de la coexistence de ces deux genres d'affections. Il se forme avec d'autant plus de facilité que l'ouverture du prépuce est naturellement plus étroite. Des attouchemens rudes et répétés, en provoquant l'infiltration séreuse ou sanguine de cette partie, le produisent quelquefois. Les irritations, déterminées par l'oubli des soins de la propreté, et par quelques autres causes analogues, occasionent également, chez un assez grand nombre de sujets, l'inflammation du prépuce, ainsi que le rétrécissement de son ouverture. Mais les cas les plus ordinaires sont ceux où le phimosis dépend de causes syphilitiques. Ainsi la blennorragie qui a son siége à la fosse naviculaire, communique souvent un degré manifeste d'inflammation au gland, qui se tuméfie, et développe à son tour dans le prépuce une irritation plus ou moins vive. D'autres fois, la blennorrée a primivement lieu entre ces deux parties, et produit, d'une manière plus immédiate et plus rapide encore, le phimosis. Les ulcérations développées à l'extrémité de la verge, les végétations qui naissent à la surface du gland ou derrière la saillie que forme sa base, sont enfin des causes aussi communes que puissantes de la lésion qui nous occupe.

Le phimosis est, dans toutes les affections développées à la surface du gland ou à l'intérieur du prépuce, une complication fâcheuse, et un obstacle quelquefois insurmontable à la guérison. Il détermine le séjour du pus dans les parties, le passage de l'urine entre les surfaces irritées, de vives douleurs, et par suite l'accroissement continuel de la phlogose. Les ulcères sont, dans de telles circonstances difficiles à guérir; il n'est pas rare de les voir faisant incessamment de nouveaux progrès, ronger toute l'épaisseur du prépuce, et perforer cette membrane en plusieurs endroits. Les végétations incarcérées

dans la poche qui les enveloppe, la distendent chez quelques sujets, outre mesure, l'entr'ouvrent et apparaissent au dehors, laissant s'écouler une suppuration abondante et fétide. Il n'est point rare de voir l'inflammation du prépuce, augmentée par le phimosis, se terminer par la formation d'abcès considérables, ou provoquer la gangrène de portions plus ou moins étendues des tégumens. Dans les circonstances les plus graves, et heureusement les plus rares, l'extrémité de la verge est toute entière frappée de mort, et tombe par l'effet de la maladie.

Le phimosis peut toutefois avoir une issue moins funeste. Celui que provoque l'engorgement séreux du prépuce demeure, chez quelques sujets, indolent, et ne détermine que de la gêne dans l'exécution des fonctions génitales. Dans certains cas, et nous en avons observé récemment un exemple très-remarquable, la membrane muqueuse du prépuce s'épaissit, devient solide, fibro-cartilagineuse, criant sous l'instrument qui la divise, et présentant une sorte de casque dont le gland est recouvert. D'autres fois, le pus incessamment accumulé entre le gland et son enveloppe, rompt la partie la plus reculée de la membrane interne de celle-ci, s'infiltre dans le tissu cellulaire, et vient former des fusées sur les parties latérales de la verge.

Le pronostic du phimosis doit être d'autant plus grave, que l'inflammation qui l'accompagne ou dont il est le résultat a plus de violence. Celui qui succède à la blennorrée du gland ou à la blennorragie est peu dangereux; il en est de même des coarctations de l'ouverture préputiale occasionée par la malpropreté, par le contact répété de l'urine, par des froissemens rudes. Mais le phimosis qui complique les ulcérations ou les végétations, chez les sujets nerveux, irritables ou sanguins, dont les inflammations acquièrent un haut degré d'intensité, produit souvent les désordres les plus graves. Il est à remarquer que le plus ordinairement on ne peut reconnaître avec exactitude, à travers l'épaisseur du prépuce, la nature et l'étendue des désordres dont le gland est le siége. La pression fait bien sentir des points douloureux, des inégalités plus ou moins dures sous les tégumens; l'abondance et la qualité de la suppuration permettent bien d'établir quelques conjectures sur la maladie que recèle en quelque sorte le prépuce; mais l'incision de cette partie, en mettant à découvert le foyer de la lésion, est le seul moyen d'en faire distinguer toute la gravité.

Le traitement du phimosis doit toujours être très-actif. Lorsqu'il n'est accompagné que d'une médiocre inflammation, le repos, des bains locaux émolliens, des applications réitérées de sangsues, l'attention de maintenir le pénis relevé vers l'abdomen,

suffisent fréquemment pour le guérir. Chez les sujets dont le prépuce, trop prolongé et irritable, s'enflamme à son extrémité par le contact de l'urine, il convient de recommander les soins d'une extrême propreté, en même temps que le sujet portera le gland habituellement découvert, en évitant toutefois l'établissement du paraphimosis. Lorsqu'il existe une blennorragie de la membrane muqueuse de l'intérieur du prépuce, ou, lorsque des ulcérations se sont développées sur le gland, sans occasioner d'irritation trop vive, les antiphlogistiques locaux, unis à des moyens internes appropriés, suffisent encore pour faire obtenir la guérison. Dans tous les cas de ce genre, il convient d'insister sur les bains de la verge, sur le repos du sujet, sur de fréquentes injections émollientes faites dans la cavité du prépuce, afin de prévenir le séjour du pus, et d'y entretenir une continuelle propreté.

On ne doit recourir à l'incision du prépuce que quand les accidens sont intenses, et qu'ils résistent opiniâtrement à l'emploi des moyens les plus convenables. Alors existe l'indication de découvrir les parties malades, de porter immédiatement sur elles les topiques qu'elles réclament, et de mettre un terme à la stagnation du pus entre des surfaces enflammées sur lesquelles il exerce si facilement une action irritante. Il est remarquable, d'ailleurs, que l'opération guérit presque toujours très-rapidement les affections qui, avant qu'on ne la pratiquât, semblaient les plus graves, tant est grande l'influence de pansemens plus méthodiques, et de la libre extension des parties jusque-là resserrées. Les pansemens des ulcérations vénériennes au moyen de bandelettes enduites de divers onguens, et portées, au moyen d'un stylet, dans la cavité du prépuce, ne sont pas, en général, fort efficaces : les bandelettes irritent plus les tissus qu'elles ne contribuent à les guérir.

Lorsque le phimosis se termine par résolution, on voit le prépuce diminuer graduellement de tension, d'épaisseur, de sensibilité, et permettre au gland de se montrer à travers son ouverture. Lorsque cet organe peut enfin être découvert, on trouve l'inflammation intérieure dissipée, les ulcérations presque guéries, les végétations diminuées de volume ou entièrement disparues. Ces résultats sont l'effet combiné du traitement local, et de l'influence des moyens généraux employés ; ils se manifestent presque toujours assez promptement, de telle sorte que, dans les cas d'abord douteux, la nécessité de l'opération ne tarde pas à devenir manifeste.

Le procédé le plus simple pour opérer le phimosis est le suivant : le sujet étant assis sur le bord de son lit, ou placé debout devant le chirurgien, celui-ci saisit la verge de

la main gauche, puis, introduit à plat, entre le gland et le prépuce, une lame de bistouri longue, étroite, mince, garnie d'une boulette de cire à sa pointe, et dont la surface est couverte d'huile. Cette introduction a lieu sans fatiguer les parties, sans les inciser, et lorsque l'extrémité de l'instrument est parvenue au repli formé par la membrane interne du prépuce derrière le gland, on tourne le tranchant de la lame en haut, puis perforant les parties de dedans en dehors, on les coupe d'un seul coup d'arrière en avant. Presque toujours, excités par la douleur, les malades font un mouvement en arrière à l'instant où le prépuce est percé, et opèrent ainsi eux-mêmes la section de cet organe.

Ce procédé, que nous avons vu employer un très-grand nombre de fois, que nous avons constamment mis nous-même en usage, est plus prompt, et expose à moins de tâtonnemens que celui qui consiste à introduire entre le gland et le prépuce une sonde à panaris, sur laquelle on conduit ensuite la lame de l'instrument. Il est préférable surtout à cette manière d'opérer suivant laquelle la sonde cannelée étant introduite et soulevant la peau, on porte sur la saillie qu'elle forme, la pointe du bistouri, qui est ainsi exposée à manquer la rainure le long de laquelle elle doit glisser d'arrière en avant. Enfin, le procédé que nous avons décrit est supérieur à l'incision du prépuce au moyen de ciseaux dont les lames refoulent souvent les tissus devant elles, et qui mâchent et contondent, au lieu de couper net les parties.

Il importe d'éviter, dans l'opération du phimosis, de couper les tissus en-deçà ou au-delà de ce qui est nécessaire. Dans le premier cas, la plaie se rétrécissant pendant la cicatrisation, l'incarcération du gland se reproduirait, et il faudrait recommencer plus tard l'opération. Dans le second, on occasionerait, sans utilité, un délabrement considérable, et les parties latérales du prépuce se ramassant au dessous du gland, y formeraient une tumeur qu'il serait ensuite indispensable d'exciser. Le volume des parties, l'intensité de la phlogose, le degré de compression exercée sur le gland, l'abondance de la suppuration, l'étendue des ulcères ou le volume des végétations, sont les circonstances principales qui doivent alors servir de guide au praticien.

Un bain local, en favorisant, après l'opération, l'écoulement sanguin, produit presque toujours un dégorgement salutaire. L'hémorragie n'est alors ni abondante ni redoutable. Elle s'arrête ordinairement par l'application de l'appareil fort simple dont on recouvre les parties. Il convient ensuite de continuer l'emploi des moyens dont la nature de la maladie

réclame l'usage. Sous leur influence, les tissus se dégorgent de jour en jour, la suppuration se tarit, les plaies se cicatrisent, et la guérison fait des progrès.

Lorsque le prépuce, distendu outre mesure, s'est ouvert dans quelques points, et que des abcès se sont formés dans son épaisseur, il est encore permis d'espérer de voir, après l'incision décrite plus haut, un dégorgement salutaire s'opérer, les clapiers se tarir, et la nature réparer les désordres les plus étendus. On ne doit jamais, sans une absolue nécessité, se résoudre à extirper des portions de cette membrane; car, indépendamment des douleurs qui les accompagnent, ces ablations laissent toujours après elles des difformités gênantes, qu'il importe souvent beaucoup aux malades d'éviter.

L'inflammation qui détermine le phimosis, peut, lorsqu'elle entraîne la gangrène, le cancer ou l'ulcération fibro-cartilagineuse du prépuce, rendre nécessaire l'extirpation complète de cet organe. *Voyez* PRÉPUCE.

PHLÉBITE, s. f., *phlebitis*; inflammation d'une ou plusieurs veines. Cette phlegmasie, encore peu connue, ne l'était pas du tout avant les travaux de Sasse, Meckel, Hunter, Ribes, Marjolin, Travers, Breschet. Ses causes les plus manifestes sont l'inflammation des tissus d'où proviennent les ramifications des veines ou qu'elles parcourent, la compression exercée sur elles par les ligatures, les contusions, les plaies, les déchirures de leurs tuniques, l'injection de matières irritantes dans leur cavité. Elle complique les varices, et accompagne la présence des corps étrangers dans leur intérieur; mais dans beaucoup d'autres cas, on ne sait à quoi l'attribuer. C'est ainsi qu'on l'a trouvée dans des cadavres de sujets morts de diverses inflammations, de fièvres dites adynamiques, au point qu'on lui a quelquefois attribué la production de la fièvre. Mais on ne peut rien conclure des faits peu nombreux et incomplets publiés jusqu'à ce jour. Un sujet de recherches important serait de déterminer l'état des veines dans l'inflammation de toutes les autres parties du corps. Alors seulement, l'histoire de cette phlegmasie sera ce qu'elle devrait être.

La plus commune de toutes les phlébites est celle qui succède à la saignée; nous l'avons observée assez fréquemment dans le cours de péripneumonies très-intenses, qui avaient exigé la répétition de la saignée, et notamment lorsque les piqûres avaient été pratiquées sur un même vaisseau, attendu qu'il était le plus apparent. La phlébite a lieu dans des cas où la veine a été piquée une seule fois; néanmoins nous croyons qu'il est utile, surtout dans les cas d'inflammation des organes pectoraux, de distribuer les saignées sur plusieurs

veines, lorsqu'on est obligé de répéter cette opération. Mais il nous paraît nécessaire d'entrer dans quelques détails plus circonstanciés à cet égard.

Il n'est pas de saignée pratiquée avec la lancette qui ne détermine une inflammation, plus ou moins étendue de la veine. Se borne-t-elle aux lèvres de la petite plaie du vaisseau, elle en favorise la réunion, dure peu et ne cause point de douleur consécutive. S'étend-elle à un ou plusieurs pouces au dessus ou au dessous de la piqûre, il en résulte de la douleur, quelquefois de la suppuration, alors la réunion n'a pas lieu, ou n'a lieu qu'imparfaitement; la tunique cellulaire qui entoure la veine s'enflamme, un abcès se forme; il s'évacue par la piqûre encore à moitié béante, qui jusque-là avait laissé suinter du sang, de la sanie, de la sérosité, ou bien là cicatrice se rompt et laisse passer le pus, ou, enfin, un des points de la peau proémine, rougit; il y a de la fluctuation, et pour prévenir l'extension de l'inflammation, on pratique une ouverture, le pus coule au dehors. Si l'on presse, soit au dessus, soit au dessous de cette ouverture, le long du vaisseau, un jet de pus, provenant du haut ou du bas, quelquefois du bas et du haut en même temps, annonce que la suppuration s'est établie le long de la veine, et l'ouverture des cadavres a prouvé que ce pus peut provenir de l'intérieur même du vaisseau.

Lorsque la phlébite se manifeste tardivement, la plaie se cicatrise, du moins celle des tégumens; l'ouverture de la veine reste béante, le sang s'épanche autour du vaisseau; il se forme une infiltration de sang veineux, et par conséquent un état analogue à celui que l'on désigne sous le nom d'anévrysme faux consécutif, non circonscrit, quand il s'agit de l'épanchement du sang artériel et de la piqûre d'une artère. *Voyez* VEINE.

Lorsqu'on répète la saignée sur une veine déjà piquée une et surtout plusieurs fois, il est presque constant que la douleur se fait plus vivement sentir, toutes choses égales d'ailleurs, que dans la saignée ou les saignées précédentes. Lorsque ce surcroît, quelquefois assez vif, de douleur, n'est pas l'effet d'un instrument mal acéré, du défaut de méthode dans la manière de le plonger, d'ouvrir le vaisseau et de retirer la lancette, on ne peut guère l'attribuer qu'à l'inflammation de la veine. Il faut toutefois faire une exception relativement à un cas qui n'est pas très-rare; c'est celui du passage, plus ou moins oblique, d'un filet de nerf sur le vaisseau qu'on ouvre, d'où résulte la piqûre ou la division complète de cette ramification. Si la section est complète, la douleur est vive, prompte, passagère, et ne se fait plus guère sentir; si la section qui complète la douleur est vive, elle per-

siste, souvent elle est rebelle ; le bras reste quelquefois disposé à des douleurs passagères que renouvellent les variations atmosphériques.

Quand une vive douleur se fait sentir lors de la seconde ou troisième piqûre d'une veine, si elle continue sans qu'il survienne de la rougeur, de la dureté, du gonflement, de la suppuration, on peut en conclure que la phlébite est très-légère, ou qu'un filet de nerf a seul été lésé; mais comme plusieurs jours doivent s'écouler avant que l'on sache à quoi s'en tenir, il faut, quel qu'en puisse être le résultat, si de nouvelles saignées deviennent nécessaires, piquer une autre veine, et même un autre membre, afin d'éviter de provoquer une phlébite intense, durable et susceptible de s'étendre fort loin.

Les signes auxquels on peut reconnaître la phlébite locale sont, outre les renseignemens relatifs aux causes que nous venons d'indiquer, une douleur tensive, gravative, dans le trajet d'une veine, augmentant par le toucher, et bornée d'abord à la ligne du vaisseau ; la résistance de ce dernier, qui se fait sentir comme une corde tendue, quand il est situé tout à fait près de la peau chez les sujets qui ont peu d'embonpoint ; un réseau rouge, correspondant à la direction connue ou sensible au tact des veines voisines ; enfin, la rougeur de la peau de toute la région du vaisseau enflammé, les douleurs lancinantes, et, plus tard, la fluctuation, effet de la présence du pus. La phlébite ne produit pas constamment tous ces phénomènes, dont la réunion dénote une inflammation très-intense des veines d'une partie quelconque du corps, que l'on observe surtout au pli du bras.

Voilà sans doute des signes caractéristiques de l'inflammation bornée à une ou plusieurs veines sous-cutanées superficielles, surtout à la suite de la saignée, d'une plaie, d'une ligature et même d'une contusion ; mais comment reconnaître l'inflammation d'une veine profondément située, comprise dans l'intérieur d'un moignon, ou celle des troncs veineux de la poitrine ou de l'abdomen? comment distinguer l'inflammation des veinules de celle des artérioles? Ribes a fait des recherches sur ce dernier cas ; mais comme de nouvelles observations l'ont mis à même de rectifier ce qu'il en a dit, nous nous abstiendrons d'entrer ici, à cet égard, dans des détails, et nous renvoyons aux Mémoires de la Société médicale d'émulation.

Comment distinguer la phlébite superficielle de l'artérite sous-cutanée, et surtout de l'inflammation des faisceaux lymphatiques les plus extérieurs? cela n'est pas toujours facile ; souvent on ne le pourrait pas, sans les signes commémoratifs. On a dit que l'inflammation d'une artère se dirigeait ordinairement vers les branches de celle-ci ; qu'il y avait souvent deux

ou trois lignes rouges parallèles et non pas en réseau; et gonflement des ganglions dans l'inflammation des lymphatiques; que dans la phlébite la rougeur se dirigeait vers le cœur, comme dans cette dernière, mais qu'elle ne présentait qu'une ligne et non plusieurs.

Peu étendue, la phlébite se résout aisément. Plus étendue, plus intense, elle dure après la cicatrisation de la peau, de la tunique propre; la tunique interne demeure divisée la dernière, la moindre cause lui redonne de l'intensité. Une piqûre nouvelle, peu éloignée, le tiraillement de l'ouverture pour renouveler l'émission sanguine, l'excitent de nouveau, l'augmentent et rompent la cicatrice; il faut donc éviter ces deux pratiques autant que possible.

La phlébite tant soit peu prolongée, quand elle est intense, donne lieu à la sécrétion d'une substance albumineuse, qui s'étend en nappe à la surface interne du vaisseau; il paraît que cette couche est susceptible d'être dissoute dans le sang, et de rentrer en circulation, car on la rencontre plus rarement que la rougeur la plus intense. Le pus qui s'introduit dans les veines situées au milieu des foyers purulens, enflamme-t-il, par son contact, la membrane interne de ces vaisseaux? On le prétend, parce qu'on a trouvé du pus dans des veines enflammées, dont l'extrémité tronquée plongeait dans le pus. Mais si la petite ponction qui a lieu dans la saignée produit si souvent la phlébite, pourquoi ne pas admettre que la section transversale d'une veine peut y déterminer de l'inflammation? qu'ensuite le pus y pénètre, cela se peut, mais il peut aussi s'y former, puisqu'on en a trouvé dans des veines qui n'étaient point béantes dans le pus. Hunter pensait que le pus, transporté dans le sang veineux, était la cause de la propagation de la phlébite du lieu de son origine vers le cœur. Comment admettre cette théorie, aussi long-temps qu'on n'aura pas prouvé que dans un abcès c'est le pus qui est la cause de l'inflammation de la peau, et que celle-ci n'est pas le résultat de l'inflammation qui se propage jusqu'aux tégumens?

Chez presque tous les sujets qui ont été affectés de phlébite, on a observé un pouls dur et fréquent, la rougeur de la face, une douleur de tête, quelquefois le délire, et parfois les phénomènes les plus caractéristiques de ce qu'on appelle le typhus. Selon Récamier, la phlébite détermine d'abord des symptômes inflammatoires généraux très-intenses, puis une grande prostration, une chaleur très-vive à le peau et la sécheresse de la langue. Ces symptômes sont parfois rémittens, selon Fizeau. Qui ne voit que l'on n'a pas encore bien établi les sympathies des veines avec les autres organes? Et qui sera

jamais tenté d'attribuer la rougeur de la langue à l'inflammation des veines?

La phlébite peut-elle déterminer, outre la rougeur, l'épanchement de sérosité coagulable, peut-elle déterminer l'ulcération des parois de la veine malade? Portal a observé celle-ci dans la veine cave; Hodgson dit que l'ulcération a lieu de la membrane interne à la membrane propre du vaisseau; Travers a vu l'ulcération établir une communication entre la veine jugulaire interne et une cavité voisine. Breschet a vu l'oblitération précéder l'ulcération dans les veines qui s'enflammaient par suite de leurs rapports avec des ulcères, des plaies, et il dit que l'hémorragie n'a lieu que lorsque cette oblitération préalable ne s'accomplit pas. L'extrémité d'une veine tronquée dans l'amputation se détruit assez souvent par un travail d'ulcération, quand le moignon s'ulcère.

La phlébite ne se termine par la gangrène que lorsque cette phlegmasie se développe par suite des rapports du vaisseau avec une plaie, un ulcère gangréneux ou en proie à la pourriture d'hôpital.

La phlébite locale sous-cutanée est ordinairement peu grave quand on ne la méconnaît pas trop long-temps; mais quand elle est très-intense, quand la veine ne se cicatrise pas, l'épanchement continu du sang, s'il n'est pas reconnu, ou si l'on n'en ferme pas la source en liant la veine, peut déterminer une série interminable d'abcès, une suppuration énorme et le marasme. Quant à la phlébite des gros troncs, et surtout à la phlébite générale, s'il en est de telle, sans doute le danger est grand, puisque ces veines sont si intimement liées aux poumons et au cœur; mais il n'y a que des conjectures là-dessus. On a dit que le premier point, dans le traitement de la phlébite, était d'en rechercher la cause, afin de la combattre directement, si cela est possible; ne cessera-t-on pas de répéter cette niaiserie scolastique de cause et d'effet, d'effet et de cause? une phlegmasie étant donnée, il faut employer les moyens antiphlogistiques. On a conseillé le froid quand la phlébite est peu étendue, peu intense et récente, les cataplasmes émolliens et narcotiques, les sangsues le long du trajet du vaisseau quand l'inflammation est plus avancée, le bain tiède prolongé pendant plusieurs heures. Il est curieux de savoir que, fondé sur son idée de la production de la phlébite par l'action irritante du pus, Hunter ait proposé de comprimer la veine au dessus de l'endroit où on la présume enflammée, afin, selon lui, de déterminer là une inflammation adhésive qui s'oppose à la propagation de l'inflammation vers le cœur. Couper le vaisseau en travers au dessus de l'endroit enflammé serait un meilleur moyen s'il était possible de déter-

mincr le lieu où cesse l'inflammation. En somme, on ne connaît point le meilleur traitement de la phlébite; des émolliens localement, des sangsues appliquées très-au dessous de l'endroit présumé enflammé, et de manière à procurer une émission sanguine très-copieuse en y appliquant des cataplasmes émolliens, ou mieux en plaçant le membre dans l'eau tiède; la ligature de la veine si elle continue à laisser couler du sang intérieurement; la section des veines variqueuses qui s'enflamment, l'ouverture des abcès qui se forment : tels sont les seuls moyens à mettre en usage dans cette maladie, quand elle est externe, patente, ce qu'on ne reconnaît point quand elle a pour siége les veines profondes, et surtout celles des viscères, et qui alors par conséquent ne sont point susceptibles de fournir des sujets d'indication. *Voyez* VEINES.

PHLEGMASIE. *Voyez* INFLAMMATION.

PHLEGMATIE, s. f., *phegmatia;* œdème, infiltration séreuse, hydropisie du tissu cellulaire sous-cutané.

PHLEGMATIQUE, adj., *phlegmaticus;* muqueux, séreux, lymphatique.

PHLEGMATORRAGIE, s. f., *phlegmatorrhagia;* écoulement aigu de mucus par le nez, les bronches, le vagin. *Voyez* CATARRHE.

PHLEGMON, s. m., *phlegmone;* inflammation du tissu cellulaire. Comme ce tissu est répandu dans toutes les parties, et qu'il forme la base de tous les parenchymes, quelques écrivains ont confondu avec le phlegmon l'inflammation du foie, de la rate, du cerveau et de tous les organes analogues. Mais, dans un langage médical exact, cette dénomination doit être réservée pour désigner la phlogose des lames ou des productions celluleuses libres, sous-cutanées, adipeuses ou interposées entre les divers organes dont se compose le corps humain. C'est dans ce sens seul que nous en faisons usage. Sous le rapport de ses causes, on a distingué le phlegmon en idiopathique, symptomatique et critique; mais ces classifications sont d'une faible importance, et s'appliquent à toutes les phlegmasies aussi bien qu'à celles du tissu cellulaire.

Le phlegmon succède fréquemment aux contusions, aux piqûres, aux plaies, à l'introduction de corps étrangers, ou à d'autres violences externes. Dans quelques occasions, il est le résultat de l'influence exercée par les viscères enflammés sur des régions plus ou moins éloignées. Il n'est pas rare de le voir se développer le long du trajet des vaisseaux lymphatiques et des cordons nerveux qui naissent de parties irritées, ou qui s'y distribuent.

Lorsque le phlegmon est sous-cutané, il affecte la peau presque en même temps que le tissu cellulaire lui-même. Une

tumeur dure, élastique, à large base, et assez exactement circonscrite, annonce sa formation. La douleur qui l'accompagne est assez vive, et compliquée d'un sentiment pénible de distension et de brûlure; sa surface est chaude au toucher, et présente une rougeur plus intense au centre que vers la circonférence de l'engorgement, seul endroit où la pression du doigt puisse la faire momentanément disparaître, comme dans l'érysipèle. Les phénomènes, d'abord obscurs, s'accroissent par degré, et le diagnostic de la maladie ne demeure pas long-temps incertain. Il n'en est pas de même dans le phlegmon profond ou sous-aponévrotique. Le siége de l'inflammation se dérobe quelquefois alors à toutes les explorations; la douleur, la tension, la difficulté dans les mouvemens des parties, sont les seuls phénomènes qui annoncent sa présence. Les parties extérieures ne s'enflamment que plus ou moins long-temps après la première apparition des accidens, lorsque l'irritation se propage jusqu'à elle, ou que le pus tend à se porter à l'extérieur. Nous avons vu des phlegmons de ce genre demeurer pendant plusieurs semaines cachés sous les masses musculaires de la cuisse ou de la fesse, et ne se prononcer au dehors qu'après la formation de l'abcès.

Il est des phlegmons sous-aponévrotiques extrêmement graves, qui envahissent presque instantanément le tissu cellulaire d'un membre, dissèquent en quelque sorte ses muscles, et forment entre eux de vastes collections purulentes, dont les ouvertures se multiplient en dehors. Les vieillards affaiblis, ceux qui ont éprouvé des inflammations viscérales intenses, dont ils sont convalescens, présentent assez souvent des exemples de maladies de ce genre. Chez les jeunes sujets, les phlegmons sous-aponévrotiques des parties extérieures se compliquent plus souvent de symptômes d'étranglement, produits par la réaction des lames fibreuses qui enveloppent les membres sur les tissus gonflés par l'afflux des liquides. Nous avons déjà plusieurs fois fixé l'attention des praticiens sur ces redoutables inflammations, et sur les moyens qu'il convient de leur opposer. *Voyez* ÉTRANGLEMENT, HERNIE, PESSAIRE.

Il est assez rare que le phlegmon se termine par délitescence ou par une prompte et rapide résolution. On n'observe ce phénomène que dans les cas où la cause de la maladie était peu énergique, et a pu être détruite avant d'avoir imprimé aux mouvemens vitaux une violente impulsion. Dans le plus grand nombre des cas, la tumeur ne disparaît qu'au moyen d'une dégradation lente et graduée de l'irritation locale, qui, en se dissipant, permet aux liquides de continuer leur cours, ou d'être repris par l'absorption, lorsque leur extravasation avait déjà eu lieu. On voit alors la rougeur s'effacer de la cir-

conférence au centre, la douleur cesser d'être aussi vive, aussi brûlante, l'engorgement diminuer de volume, cesser d'être le siége d'une aussi grande chaleur, et disparaître enfin entièrement. Souvent les tissus qui en étaient affectés restent, pendant quelque temps encore après cette terminaison, dans un état de rigidité et d'endurcissement, qui s'oppose au libre exercice de leurs fonctions.

La suppuration est l'issue la plus ordinaire de toutes les inflammations phlegmoneuses. Elle est annoncée par la persistance de tous les accidens à une époque où ils commencent à décroître dans le cas de résolution. Alors la tumeur proémine successivement davantage; elle s'élève en pointe; la rougeur qui la recouvre disparaît de ses bords, et prend à sa partie centrale une teinte violacée. A la tension et à la douleur brûlante succède un sentiment de pesanteur et de plénitude, qui annonce la présence d'une matière étrangère dans les parties, dont l'inflammation décroît dès lors avec rapidité. Enfin, la fluctuation qui apparaît, d'abord circonscrite et obscure au centre de la tumeur, et de là s'étend à toute sa périphérie, ne laisse plus de doute sur la formation du foyer purulent.

La gangrène est une terminaison fort rare du phlegmon proprement dit. Elle ne survient presque jamais que quand les parties enflammées avaient été auparavant contuses avec violence. La présence de principes délétères, tels que ceux du charbon et de la pustule maligne, est une cause puissante de la mortification du tissu cellulaire enflammé. La gangrène peut être encore la suite des phlegmasies qui ont au loin dépouillé les muscles, dénudé les tégumens, et entraîné la destruction de quelques troncs vasculaires considérables; elle succède enfin, chez certains sujets, aux inflammations que l'étranglement des tissus affectés complique et rend presque toujours si dangereuses.

Sous le nom d'induration, il faut entendre, non une terminaison du phlegmon, mais sa continuation à l'état chronique, soit qu'il ait commencé avec peu de violence, soit, ce qui est le plus ordinaire, que l'irritation, après avoir perdu sa première intensité, persiste dans une nuance plus obscure. Il y a autant d'erreur en théorie, que de danger dans la pratique, à méconnaître l'existence de l'inflammation dans ces tumeurs dures, indolentes, lardacées, que l'irritation transforme si fréquemment en masse squirreuse ou cancéreuse. C'est à ces phlegmons lents, et dont les phénomènes sont peu prononcés, qu'il convient de rapporter les productions stéatomateuses, les athérômes, la plupart des loupes et des tumeurs analogues, dont le chirurgien est si souvent appelé à pratiquer l'extirpation.

Les accidens généraux qui accompagnent les phlegmons sont proportionnés à la violence et à l'étendue de l'irritation locale. Ainsi, aucun mouvement fébrile sensible ne se manifeste durant les phlegmons superficiels et peu considérables du tissu cellulaire sous-cutané; mais le pouls s'accélère à un haut degré, la soif devient vive, la céphalalgie intense, l'agitation extrême, dans les phlegmons de la totalité d'un membre, ou dans ceux qui, situés sous les aponévroses, sont compliqués d'étranglement. Ceux-ci peuvent même entraîner la mort, ainsi que nous en possédons plusieurs exemples. La suppuration très-abondante et colliquative qui succède à l'ouverture des abcès produits par les autres a quelquefois le même résultat, surtout chez les sujets épuisés par d'autres maladies ou par des excès antérieurs.

Le pronostic, bien que favorable dans le plus grand nombre des phlegmons simples, est donc cependant susceptible de devenir très-grave. L'étendue de la maladie, l'état général du patient, sa susceptibilité plus ou moins grande, et surtout la présence ou l'absence des complications, sont autant de circonstances qui doivent servir de base au jugement que le praticien doit porter. Il ne faut pas oublier que quelques sujets sont tellement disposés aux inflammations phlegmoneuses, qu'elles se mutiplient avec la plus grande facilité chez eux, et que les causes les plus légères suffisent pour les produire et pour leur donner la plus grande extension.

Le traitement des phegmons ne diffère pas de celui de toutes les inflammations. Les saignées générales et locales, les applications émollientes et résolutives au début, les boissons délayantes, et un régime plus ou moins sévère, tels sont les moyens dont il convient de faire usage contre cette maladie. Le chirurgien, dans les cas de phlegmons très-étendus de la profondeur des membres, ne doit rien négliger pour en déterminer la résolution, ou du moins pour borner l'extension de la phlegmasie. Les saignées locales abondantes, des débridemens étendus et méthodiques, sont les moyens les plus efficaces que l'on puisse opposer aux phlegmons compliqués d'étranglement, et à tous ceux dont le pus tend à fuser entre les muscles ou à former des clapiers dans les parties. Lorsque la suppuration est formée, il convient de lui donner issue suivant les procédés dont on fait ordinairement usage contre les ABCÈS.

PHLOGISTIQUE, s. m. et adj., *phlogisticus*. Stahl et son école désignaient sous ce nom la matière du feu fixée ou combinée avec les corps. Ils considéraient cet agent comme la source des propriétés sous lesquelles les corps se présentent à nous, et pensaient qu'il suffit de le leur enlever pour les faire

changer d'état. Ainsi, à leurs yeux, le soufre était un composé d'acide sulfurique et de phlogistique; les métaux devaient naissance à une terre particulière et à du phlogistique, que la calcination leur enlevait avec toutes leurs propriétés métalliques. Cette théorie ingénieuse servit pendant plus d'un demi-siècle de guide aux chimistes, et eut l'avantage de leur offrir, pour la première fois, une loi générale à laquelle se rattachaient tous les phénomènes de la science. Elle a été renversée par la chimie pneumatique, qui, elle-même, vient d'être fortement ébranlée, dans ces derniers temps, par la chimie électrique.

PHLOGOSE, s. f., *phlogosis;* inflammation, légère, passagère; turgescence sanguine, rubéfaction de la peau. Ce mot est inutile, puisque nous avons *inflammation* et *phlegmasie.*

PHLYCTÈNE, s. f., *phlyctæna.* C'est l'AMPOULE, mais toute autre que celle produite par le feu, et que les Grecs appelaient *phlyzacion;* on se sert aujourd'hui du mot phlyctène plutôt que de celui d'ampoule, parce qu'il a l'air plus savant. Les phlyctènes sont un des phénomènes assez fréquens des maladies de la peau; on les observe dans plusieurs érysipèles, dans le zona, quelques dartres, le pemphigus, la pustule maligne, dans l'anasarque; on les voit assez souvent à la CONJONCTIVE, à la membrane buccale, et surtout labiale, et même sur le gland.

PHLYCTÉNOIDE, adj., *phlyctænoïdes;* se dit de toute irritation de la peau, de la conjonctive, de la bouche, des lèvres, du gland, avec développement d'AMPOULES.

PHLYZACION, s. m., *phlyzacion;* ampoule causée par la BRULURE.

FIN DU DOUZIÈME VOLUME.